

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**TESIS DOCTORAL**

**Adaptación de la Escala de Valencia de Actitudes y Creencias  
hacia la Hipnosis, versión cliente, con muestra portuguesa**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR  
PRESENTADA POR**

**José Antonio Molina del Peral**

Directores

Antonio Capafons Bonet  
Jesús Modesto Rodríguez Suárez  
María Paz García Vera

**Madrid, 2015**

**Adaptación de la Escala de Valencia de Actitudes y  
Creencias hacia la Hipnosis, Versión Cliente, con  
Muestra Portuguesa**

**TESIS DOCTORAL**

**PRESENTADA POR:**

**D. José Antonio Molina del Peral**

**DIRIGIDA POR:**

Dr. Antonio Capafons Bonet

Dr. Jesús Modesto Rodríguez Suárez

Dra. M<sup>a</sup> Paz García Vera

Madrid, 2015

---

## AGRADECIMIENTOS

---

Hay un refrán que dice “de bien nacido es ser agradecido”, así que me parece muy importante reflejar las personas que de una u otra forma, han contribuido a que este sueño, se vea hecho realidad, presentar mi tesis doctoral para su evaluación.

En primer lugar, quiero agradecer a la profesora Claudia Carvalho (ISPA, Lisboa) el haber cedido gentilmente la primera traducción al portugués de la Escala de Valencia de Actitudes y Creencias hacia la Hipnosis, versión Cliente, y su punto de vista sobre la mínima variación que se realizó sobre ella. Realmente el mérito de la traducción es exclusivamente de ella y su equipo de investigación, el más importante, sin duda, de todo Portugal, y seguramente del conjunto de países de habla portuguesa, por el volumen y calidad de su investigación, así como por su internacionalización.

Agradezco profundamente al profesor Carlos Lopes Pires el ingente trabajo desarrollado para la recepción, pase, distribución y devolución de la Escala de Valencia de Actitudes y Creencias hacia la Hipnosis, versión Cliente, sin haber solicitado contraprestación alguna, actuando de forma desinteresada, solo en aras al avance de la ciencia y de la hipnosis en su país, donde sigue particularmente acosada por el intrusismo profesional, y la desinformación que difunden ciertos medios de comunicación, incluso algún centro universitario. Su labor desde la Universidad de Coímbra es encomiable. Lógicamente agradecemos también a todo el resto de personas que ayudaron al pase y organización de datos, así como a los voluntarios portugueses que respondieron la Escala. Sin su ayuda esta tesis hubiera sido casi imposible de realizar.

Hubo un momento que fue decisivo para volver a coger fuerza y decidir cerrar esta etapa. En una comida con M<sup>a</sup> Mar Muñoz y Ana Oscariz, se mostraron interesadas por mi a

nivel académico, por lo que surgió la pregunta ¿eres doctor? Y vi como algo que deseo, dar clase en una universidad, se me cerraba. Ellas me transmitieron la importancia de ser doctor, lo cual obviamente sabía, pero quizá no quería volver a enfrentarme a ello. Al rato de acabar dicha comida ya me lo estaba planteando muy seriamente, así que gracias a las dos.

A la Dra. Elena Mendoza Figueroa (Universidad de Washington), desde el momento que le dije que retomaba mi objetivo de ser doctor, su disposición ha sido maravillosa, enviándome documentación, resolviéndome dudas y, sobre todo, transmitiéndome mucho aliento.

A mi co-director el Dr. Jesús Modesto Rodríguez Suárez, por tu inestimable ayuda en la parte metodológica y sus oportunas explicaciones que me han permitido entender y llegar a disfrutar una parte que, *a priori*, pensaba que sería muy dura. También debo destacar la paciencia que me ha mostrado y su buena disposición.

A mi co-directora la Dra. M<sup>a</sup> Paz García Vera, gracias por su aceptación, ánimo y estupenda disposición para que llegara a “buen puerto” este proyecto.

A mi director el Dr. Antonio Capafons Bonet, si a alguien tuviera que destacar, no puede ser a otro que a él. Es evidente que si no fuera por su estupenda disposición, generosidad y enorme capacidad de trabajo, hoy no podría estar escribiendo estas palabras. Necesitaría folios y folios para expresar el enorme agradecimiento que siento hacia él. Gracias sinceras, espero que esta tesis sea el inicio de futuras y fructíferas colaboraciones mutuas, basadas en la ciencia y especialmente en la amistad.

Por último, mi familia ha sido una piedra angular para que este proyecto vital viera la “luz”. En primer lugar quiero destacar a mis padres, Antonio y M<sup>a</sup> Carmen, quienes siempre me han transmitido la idea de que “el mejor legado que podemos dejarte es una buena

educación, ya que no tenemos grandes fortunas...”. Esto ha hecho que me hayan preguntado muchas veces: “hijo con lo que te gusta la docencia por qué no retomas la tesis...”. Estoy seguro que han sido semillas que han ido calando en mí, así que gracias y no se me olvida papá lo que también has contribuido a esta tesis, haciéndote todo un experto en revisar citas y referencias.

A mi mujer, Merche, que siempre has respetado y alentado todos los proyectos profesionales/personales en los que me he embarcado. En este, como no podía ser de otra forma, me has animado e incluso llegando a hacer contribuciones muy valiosas, ya sean de forma directa (corrigiendo el texto, buscándome información, etc.) o indirecta (comprendiendo el tiempo que requería su realización, aunque lo robara de otras actividades). Así que mil gracias por transmitirme tanto.

A mis hijos Laura y Jorge que han entendido lo importante que era para mí conseguir ser doctor, lo que ha hecho que de forma continua me dieran ánimos y me preguntaran: “papi cuándo eres doctor...”. Confío en que esta tesis me permita serlo finalmente.

Por último, hay multitud de personas que me han alentado, ayudado, e incluso soportado momentos de tensión al estar tan focalizado en este proyecto, a todos ellos les muestro mi más sincero agradecimiento.



---

## ÍNDICE

---

<b>1. MARCO TEÓRICO</b>	<b>10</b>
<b>1.1. OBJETIVOS</b>	<b>12</b>
<b>1.2. JUSTIFICACIÓN</b>	<b>13</b>
1.2.1. ¿Por qué estudiar la hipnosis?	13
1.2.2. ¿Por qué estudiar las creencias y actitudes?	13
<b>1.3. DEFINICIONES DE HIPNOSIS</b>	<b>17</b>
<b>1.4. ASPECTOS TEÓRICOS DE LA HIPNOSIS</b>	<b>26</b>
<b>1.5. ÁREAS DE APLICACIÓN DE LA HIPNOSIS</b>	<b>34</b>
1.5.1. Dolor	35
1.5.2. Depresión	45
1.5.3. Ansiedad	46
1.5.4. Adicciones	49
1.5.5. Trastornos psicosomáticos	55
1.5.6. Trauma	56
1.5.7. Obesidad	58
1.5.8. Hipnosis en medicina	60
1.5.9. Pediatría	83
<b>1.6. CREENCIAS Y ACTITUDES</b>	<b>93</b>

1.6.1. Definiciones y tipos de actitudes .....	94
1.6.2. Funciones de las actitudes .....	101
1.6.3. Evaluación de las actitudes .....	117
1.6.4. Cambio de actitudes .....	122
1.6.5. Actitudes, creencias, expectativas y su papel modulador en la hipnosis ..	128
<b>1.7. IATROGENIA DE LA HIPNOSIS .....</b>	<b>131</b>
<b>1.8. TIPOS DE ESTUDIOS SOBRE ACTITUDES Y CREENCIAS HACIA LA HIPNOSIS .....</b>	<b>143</b>
1.8.1. Investigaciones sobre las actitudes del público en general .....	143
1.8.2. Investigaciones sobre las actitudes de los estudiantes .....	144
1.8.3. Investigaciones sobre las actitudes de profesionales de la salud .....	148
1.8.4. Investigaciones que evalúan el cambio en las actitudes .....	153
1.8.5. Investigaciones que evalúan las fuentes de información en que se basa el conocimiento de la hipnosis .....	158
1.8.6. Investigaciones sobre las actitudes hacia la hipnosis y otros constructos ..	161
<b>1.9. CREENCIAS Y ACTITUDES HACIA LA HIPNOSIS: INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN .....</b>	<b>163</b>
<b>1.10. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO .....</b>	<b>177</b>
<b>1.11. HIPÓTESIS .....</b>	<b>180</b>
<b>2. MÉTODO .....</b>	<b>182</b>



<b>2.1.</b>	<b>PARTICIPANTES .....</b>	<b>184</b>
<b>2.2.</b>	<b>INSTRUMENTO .....</b>	<b>185</b>
<b>2.3.</b>	<b>PROCEDIMIENTO .....</b>	<b>186</b>
<b>2.4.</b>	<b>ANÁLISIS ESTADÍSTICOS .....</b>	<b>188</b>
<b>3.</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>190</b>
<b>3.1.</b>	<b>ANÁLISIS DESCRIPTIVOS .....</b>	<b>192</b>
<b>3.2.</b>	<b>FACTORIAL CONFIRMATORIO .....</b>	<b>193</b>
<b>3.3.</b>	<b>FIABILIDAD .....</b>	<b>195</b>
<b>3.4.</b>	<b>ANÁLISIS DE CREENCIAS .....</b>	<b>196</b>
3.4.1.	Miedo .....	196
3.4.2.	Memoria .....	197
3.4.3.	Ayuda .....	197
3.4.4.	Control .....	197
3.4.5.	Colaboración .....	198
3.4.6.	Interés .....	198
3.4.7.	Mágica .....	198
3.4.8.	Marginal .....	199
<b>3.5.</b>	<b>DETERMINACIÓN DE LA INFLUENCIA DE LAS PRINCIPALES VARIABLES PERSONALES Y CONTEXTUALES RESPECTO A LA</b>	

<b>HIPNOSIS Y SÍNTESIS DEL ESPACIO DIMENSIONAL EN LA SITUACIÓN PRETEST .....</b>	<b>200</b>
3.5.1. Diferencias en dimensiones test y re-test en función del sexo .....	200
3.5.2. Diferencias en dimensiones test y re-test en función del curso .....	201
3.5.3. Diferencias en dimensiones test y re-test respecto a si se ha recibido información sobre la hipnosis y a partir de qué fuentes .....	203
3.5.4. Diferencias en dimensiones test y re-test en función de la formación ...	204
3.5.5. Diferencias en dimensiones test y re-test en función de hipnosis (si han sido hipnotizados) .....	205
3.5.6. Espacio dimensional reducido de las dimensiones en el pre-test y su relación con las principales variables personales y contextuales .....	206
 <b>4. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN .....</b>	<b>213</b>
 <b>5. REFERENCIAS .....</b>	<b>223</b>
 <b>6. TABLAS .....</b>	<b>297</b>
 <b>7. ANEXOS .....</b>	<b>343</b>
 <b>8. RESUMEN EN INGLÉS (ABSTRACT) .....</b>	<b>359</b>

## **1. MARCO TEÓRICO**



---

## 1.1. OBJETIVOS

---

El objetivo general de esta investigación es realizar análisis factoriales confirmatorios para la versión portuguesa de *la Escala de Valencia de Creencias y Actitudes hacia la Hipnosis, versión Cliente (EVACH-C)*.

El objetivo general incluye cuatro sub objetivos:

1. Realizar análisis factoriales confirmatorios, partiendo de los análisis factoriales exploratorios realizados por Carvalho et al. (2007) con muestra portuguesa, así como de los análisis factoriales exploratorios y confirmatorios con muestras de diferentes países (Capafons, Mendoza et al., 2008; Capafons, Suárez-Rodríguez, y Selma, 2015; Green, Houts, y Capafons, 2012).
2. Establecer la fiabilidad test retest (estabilidad temporal) desde la perspectiva factorial, y confirmar la alta consistencia interna obtenida con metodología exploratoria y confirmatoria en anteriores investigaciones.
3. Analizar las creencias que tienen los estudiantes portugueses hacia la hipnosis.
4. Comprobar la influencia de haber sido hipnotizado y tener conocimientos y experiencia sobre hipnosis, respecto a las actitudes y creencias hacia la hipnosis, variables que ya han mostrado su relevancia con la versión española, usando muestra hispano parlante y comprobar la influencia de distintas variables personales y contextuales (sexo, curso y formación).

---

## **1.2. JUSTIFICACIÓN**

---

### **1.2.1. ¿POR QUÉ ESTUDIAR LA HIPNOSIS?**

Existen diversas razones para estudiar empíricamente la hipnosis, particularmente en el ámbito universitario. Por un lado, la hipnosis es un campo de estudio en sí misma que cuenta con una gran cantidad de investigación, tanto teórica, como experimental, en áreas como percepción, memoria, conciencia, ciencias forenses, psicopatología, etc., y cuyos resultados han aportado riqueza científica a la propia Psicología Experimental (Kihlstrom, 2007). Esta ya sería una razón suficiente para tratar la hipnosis en un ámbito universitario. Pero, además, la investigación ha mostrado que la hipnosis engloba un conjunto variado y diverso de procedimientos sugestivos, que son eficaces a veces por sí solos, como en el campo del dolor (Jensen, 2011), si bien son especialmente útiles para incrementar la eficacia y/o eficiencia de otros procedimientos cuando se utilizan como coadyuvante en el tratamiento de numerosas condiciones médicas y psicológicas (Mendoza y Capafons, 2009). Es desde esta segunda perspectiva, la hipnosis como procedimiento clínico, de intervención en general, la razón fundamental para realizar esta investigación, ya que su uso correcto puede beneficiar a muchos pacientes, y su uso inadecuado perjudicarles, en ocasiones, seriamente.

### **1.2.2. ¿POR QUÉ ESTUDIAR LAS CREENCIAS Y ACTITUDES?**

Sabemos que las actitudes sociales nos sirven de predictores o indicadores de la conducta de la persona (Mendoza, 2008).

Así, las razones fundamentales para estudiarlas son, por un lado, que parte del éxito terapéutico de los programas de intervención que incluyen hipnosis puede predecirse mejor a partir de las actitudes hacia esta, incluso en mayor medida que a partir de la capacidad de la

personas para responder a las sugerencias de las escalas psicométricas que evalúan la sugestionabilidad hipnótica (Schoenberger, 2000).

Por otro lado, el conocimiento previo que se tenga sobre los procedimientos hipnóticos por parte del usuario antes de hacer uso de ella, pues las actitudes inadecuadas y las creencias erróneas hacia la hipnosis determinan que su aplicación resulte iatrogénica, o no. Como es bien sabido, la hipnosis *per se* no presenta iatrogenia alguna cuando se utiliza adecuadamente. Sin embargo, las creencias sobre ella pueden generar un uso peligroso relacionado con la génesis de falsos recuerdos, o el abandono de intervenciones médico-psicológicas en favor de una hipnosis “milagrosa”, con las consecuencias nefastas que acarrearía para la salud mental y física de los pacientes. Por ello, es muy importante analizar las creencias sobre la hipnosis que tienen los potenciales usuarios para que no se traduzca en un procedimiento iatrogénico, debido a unas creencias desajustadas. Finalmente, pero íntimamente relacionado con lo anterior, también se debe destacar el intrusismo profesional existente en el campo de la hipnosis, parte del cual se basa en la idea de que la hipnosis no pertenece a la Medicina, ni a la Psicología o a las ciencias de la salud en general, sino a las terapias alternativas. Esta opinión favorece la existencia de personas auto-denominadas “hipoterapeutas”, sin titulación académica alguna y con formación más que deficiente en hipnosis científica, las cuales aplican lo que ellos y ellas denominan hipnosis para tratar todo tipo de problemas, para los cuales no están capacitados. Habitualmente suelen formarse realizando un “cursito sobre hipnosis”, incluso simplemente pagando para que se les de diversos títulos sin haber recibido formación alguna (Dubrow-Eichel, 2002), quien consiguió que su gata Zoe fuera hipnoterapeuta y psicoterapeuta acreditada solo usando la tarjeta de crédito. Más recientemente se ha replicado esto mismo en Inglaterra por un presentador de la BBC, con el gato Georges (Jackson, 2009), y existe información que indica lo fácil que puede ser acreditar animales para ser profesionales que trabajen con humanos

([http://en.wikipedia.org/wiki/List\\_of\\_animals\\_with\\_fraudulent\\_diplomas](http://en.wikipedia.org/wiki/List_of_animals_with_fraudulent_diplomas)). Hemos definido la supuesta formación de los hipnoterapeutas como “cursito”, dado que no reciben una formación impartida por profesionales de la salud expertos, además, en hipnosis clínica, con un monto de duración que sea suficiente para un conocimiento amplio de la hipnosis y sus aplicaciones basadas en la evidencia. La carencia de esa formación académica, y el recibir esos “cursitos” determinan la existencia de los auto-denominados hipnólogos (más conocidos en ámbitos científicos y profesionales como hipnoterapeutas legos).

Por todo ello, la EVACH-C, objeto de estudio de la presente tesis doctoral, se elaboró para evaluar las actitudes y creencias hacia la hipnosis. Está originalmente inspirada en otros cuestionarios que valoran las actitudes hacia la hipnosis, todos ellos de origen anglosajón, tratando de aportar un instrumento español, y aplicando metodologías más rigurosas para estudiar su fiabilidad y validez. Desde su nacimiento, la EVACH-C ha evolucionado hasta llegar a la versión actual, que ya ha sido adaptada a diversos países (Capafons, Mendoza et al., 2008), y con estudios factoriales confirmatorios, a tres: EEUU, España, y Portugal. Asimismo se está en proceso de estudio en Cuba, Colombia, Australia, Nueva Zelanda, Venezuela, México, Rumanía, etc.

Con este estudio se pretende proseguir con la validación factorial de este instrumento en una muestra portuguesa, proceso que ya iniciara Carvalho et al. (2007). Su estudio se enmarca, como hemos indicado, en una línea amplia de validación de Las Escalas de Valencia de Creencias y Actitudes hacia la Hipnosis, versiones Cliente y Terapeuta, tanto en España como en otros países (Capafons, Mendoza et al., 2008; Capafons et al., 2015; Green, 2012; Green et al., 2012; Martín et al., 2010), coordinada por el Dr. Antonio Capafons en la Unidad de Investigación “Interacción Psicológica” de la Universitat de València.



Aunque, como hemos indicado, existen distintos instrumentos destinados a evaluar las creencias y actitudes hacia la hipnosis, publicados en inglés (Eimer y Freeman, 1998; Keller, 1996; McConkey, 1986; Spanos, Brett, Menary, y Cross, 1987; Wilson, Greene, y Loftus, 1986), en la bibliografía revisada en castellano, solamente se pudo encontrar el Cuestionario de Creencias Hipnóticas de Cangas y Rojas (1999), un instrumento que, a pesar de sus adecuados índices de fiabilidad y validez, presenta algunas limitaciones metodológicas (Capafons, Alarcón, Cabañas, y Espejo, 2003) que dificultan obtener una información adecuada y fiable. En portugués no se ha encontrado ninguno de estos instrumentos. En la medida en que Las Escalas de Valencia de Actitudes y Creencias hacia la Hipnosis, versiones Cliente y Terapeuta de las que los análisis exploratorios y confirmatorios con muestras hispanoparlantes han arrojado resultados satisfactorios (Capafons et al., 2003; Capafons, Cabañas, Espejo, y Cardeña, 2004; Capafons, Espejo, y Mendoza, 2008; Capafons et al., 2015), estas escalas suscitaron interés en otros países, como ya se ha indicado. En ambas versiones se han encontrado resultados factoriales tanto confirmatorios (EEUU), como exploratorios (Portugal, Rumania, etc.) similares a los encontrados en España (Capafons, Espejo et al., 2008; Capafons, Morales, Espejo, y Cabañas, 2006; Carvalho et al., 2007).

Por lo tanto, en España disponemos de una escala con unos adecuados análisis psicométricos (con dos variaciones, cliente y terapeuta) para evaluar actitudes y creencias hacia la hipnosis. Sin embargo, en Portugal no existe ninguna publicada, tal como se ha indicado. De ahí la importancia para Portugal de disponer de una escala de este tipo, que, además, es la única que está siendo validada con análisis factoriales confirmatorios, y, añadido a lo anterior, con distintos tipos de estudios experimentales, sobre los que volveremos más adelante (Capafons, Espejo, y Cabañas, 2005; Capafons, Morales et al., 2006).

---

### 1.3. DEFINICIONES DE HIPNOSIS

---

La hipnosis es un campo de investigación muy extenso (Capafons, 2012). Durante más de un siglo ha estado envuelta en un halo de misterio y de mitos que han provocado el recelo y desconfianza de gran parte de la población, al mismo tiempo que ha llamado la atención de los científicos de la conducta humana más renombrados (Lynn y Kirsch, 2006). Su estudio ha generado diferentes paradigmas, surgiendo de ellos multitud de definiciones, cada una de ellas con sus propias particularidades y connotaciones, tanto teóricas como experimentales y clínicas, siendo incluso contradictorias entre sí. Algunas de las más destacadas son las que han ofrecido, entre otros, Hilgard (1965), Spanos y Barber (1976), H. Spiegel y Spiegel (1987), Kihlstrom (1998), las varias definiciones de la División 30, la (*Society of Psychological Hypnosis*) de la *American Psychological Association*, última en 2014, de la que ya se ha suscitado una polémica importante (Lynn et al., 2015) y la Sociedad Británica de Psicología (2001/2002).

De esta forma, si quisiéramos hacer una delimitación conceptual del término hipnosis, podríamos recurrir, como otros muchos han hecho, a la antigua fábula oriental de “los ciegos y el elefante” (Ornstein, 1972), donde una serie de sabios ciegos intentan dar una definición explicativa de lo que es un elefante; sus definiciones se basaban en su situación respecto al elefante, por lo que uno lo define por su larga trompa, otro por sus fuertes patas, etc.

Según la 23ª edición del Diccionario de la Lengua Española (2014), hipnosis sería "estado producido por hipnotismo", apareciendo hipnotismo como "método para producir el sueño artificial, mediante influjo personal, o por aparatos adecuados". En esta definición podemos apreciar algunos de los mitos que existen sobre la hipnosis y que serán, posteriormente, abordados.

Hilgard (1965) se refiere al estado hipnótico, en lugar de hipnosis, y plantea que dicho estado se caracterizaría por un hundimiento de la función de planificación, la redistribución de la atención, la disponibilidad de los recuerdos visuales del pasado, el aumento de la capacidad para fantasear, la reducción en la comprobación de la realidad y tolerancia a una persistente distorsión de la misma y un incremento de la sugestionabilidad y amnesia de lo que ocurrió en los estados hipnóticos. Finalmente, destaca la importancia de la conducta de rol del hipnotizado.

Por su parte, Spanos y Barber (1976) hablan de situación hipnótica, asumiendo que la persona se encuentra hipnotizada cuando recibe un método de inducción hipnótico y muestra las siguientes características:

1. Incrementa sus respuestas a sugerencias de catalepsia, analgesia, etc.
2. Da un informe subjetivo sobre experiencias de fenómenos poco habituales (pensamiento ilógico, distorsiones perceptivas, etc.).
3. Tiene una apariencia hipnótica (aletargamiento, mirada fija, etc.).
4. Proporciona un informe subjetivo de haber sido hipnotizado.

H. Spiegel y Spiegel (1987, 2004) conceptualizan la hipnosis como un estado psicofisiológico atencional y receptivo de concentración focalizada, con una disminución correspondiente en la conciencia periférica. Además, consideran que la capacidad para este estado varía en función de las personas y que es relativamente estable a través del ciclo de la vida adulta. Esta capacidad puede estar genéticamente determinada, aunque quizá, según estos autores, pueda ser aprendida en los inicios de la vida. Finalmente, el estado hipnótico puede ser activado e invocado a través de tres formas: espontáneamente, como respuesta a una señal de otra persona (hipnosis formal), y como respuesta a una señal auto-inducida (auto-hipnosis). Añadido a lo anterior defienden que los pacientes altamente hipnotizables

obtienen mejores resultados por efecto de las sugerencias hipnóticas que los poco hipnotizables (D. Spiegel y Spiegel, 1988).

Por otro lado, Kihlstrom (1998) define la hipnosis como una interacción social en la que una persona responde a las sugerencias dadas por otra persona, el hipnotizador, generando cambios en la percepción, la memoria y el control voluntario de las acciones, a través de experiencias imaginativas.

Como puede observarse, definiciones, excepto la de Kihlstrom (1998), que asumen hipótesis en su contenido (Capafons, 2001), y que reflejan posturas y paradigmas bien diferentes.

La ausencia de consenso entre las concepciones de los distintos autores y sus posturas teóricas, así como su complejidad, determinó que se planteara la necesidad de contar con una definición neutral que no fuera inconsistente con ninguna de las teorías más relevantes y los datos experimentales disponibles. Así, la División 30 (*Society of Psychological Hypnosis*) de la *American Psychological Association* (APA) propuso en 1993 una primera definición consensuada que fue aceptada por las principales asociaciones de hipnosis. Según esta definición, la hipnosis es un procedimiento en el que un especialista sugiere a una persona que experimente cambios en sus sensaciones, percepciones, pensamientos o conductas. También añadía que, para establecer el contexto hipnótico, se suele emplear un método o procedimiento de inducción que, puede adoptar muchas formas, aunque con frecuencia suele incluir sugerencias de calma, bienestar y relajación, así como instrucciones de pensar o imaginar cosas agradables. Respecto a las reacciones que experimenta la persona hipnotizada, la APA resaltaba la gran variabilidad que se da entre ellas, encontrando individuos que van a describir su experiencia como un estado alterado de conciencia, o como un estado normal de atención focalizada donde se experimenta calma y bienestar. En lo que

parecen coincidir la mayoría de las personas es en informar que la experiencia con hipnosis resulta agradable. Del mismo modo, esta definición también destacó la existencia de una amplia variabilidad en el grado en que se responde a las sugerencias hipnóticas.

Por otro lado, en esta definición se enfatiza la conceptualización de la hipnosis no como una terapia, sino como un procedimiento que se añade a las terapias médicas y/o psicológicas para incrementar su eficacia y eficiencia. De esta forma, no se habla de hipnoterapia, sino de la hipnosis como un coadyuvante. Por lo tanto, su aplicación solo debe hacerse por parte de profesionales de la Psicología y la Medicina que, además de su formación de base, hayan recibido entrenamiento específico en el uso de la hipnosis. Además, debe tenerse precaución en su empleo, ya que, aunque tiene múltiples aplicaciones en ambas disciplinas, no todos los clientes van a beneficiarse de su uso, del mismo modo, que tampoco todos los problemas van a poder ser tratados con este conjunto de procedimientos denominado hipnosis clínica. Por último, en esta definición, la APA refería las múltiples vertientes de la hipnosis en el ámbito de la investigación, siendo su objetivo incrementar el conocimiento de la propia hipnosis, así como sus aplicaciones, o en el impacto que pueda tener sobre la memoria, percepción, fisiología, etc. Es decir, destacaba la vertiente de la hipnosis como campo de estudio científico. Ciertamente, esta definición se centra más en la hipnosis clínica que en la experimental, y deja de lado la hipnosis aplicada, que no tiene por qué ser clínica (por ejemplo, en el campo del rendimiento académico, deportivo, etc.).

En resumen, se puede afirmar que la hipnosis queda definida como un conjunto de procedimientos y técnicas que se rotulan como hipnóticos y que se utilizan como un coadyuvante o adjunto a otras formas de intervención y como un campo de estudio científico, sin olvidar que también es un campo de estudio experimental.

Poco más de una década después, la APA (2004), nuevamente a través de su División 30, *Society of Psychological Hypnosis*, publicó otra definición de la hipnosis con nuevos matices basados en los resultados de las investigaciones realizadas en ese tiempo, si bien bastante menos parsimoniosa y más farragosa que la anterior. Decía así:

Habitualmente, la hipnosis conlleva una introducción al procedimiento durante el cual se dice a una persona que se le presentarán sugerencias de experiencias imaginativas. La inducción hipnótica es una sugerencia inicial ampliada para usar la propia imaginación, y que puede incluir mayores detalles de la introducción. Se usa un procedimiento hipnótico para fomentar y evaluar respuestas a las sugerencias. Al usar la hipnosis, una persona (el sujeto) es guiado por otra (el hipnotizador) para que responda a las sugerencias de cambios en la experiencia subjetiva, alteraciones en la percepción, sensación, emoción, pensamiento o conducta. Las personas pueden aprender también auto-hipnosis, que es el acto de administrarse procedimientos hipnóticos a uno mismo. Si la persona responde a las sugerencias hipnóticas, generalmente se infiere que se ha inducido una hipnosis. Muchos creen que las respuestas y experiencias hipnóticas son características de un estado hipnótico. Y, aunque algunos piensan que no hace falta usar la palabra “hipnosis” como una parte de la inducción hipnótica, otros lo ven esencial. Los detalles de los procedimientos y sugerencias hipnóticos diferirán según los objetivos de quien la practique, y de los propósitos de la tarea clínica o de investigación que se intenta realizar. Tradicionalmente, los procedimientos han incluido sugerencias para relajarse, aunque la relajación no es una parte necesaria para la hipnosis, pudiéndose usar una amplia variedad de sugerencias, incluidas las de alerta. Tanto en ámbitos clínicos como de investigación se pueden usar sugerencias que permiten evaluar el alcance de la hipnosis comparando las respuestas con escalas estandarizadas. Si bien la mayoría de

los participantes pueden responder, al menos, a algunas sugerencias, las puntuaciones de las escalas suelen abarcar un rango que oscila desde lo elevado a lo insignificante. Tradicionalmente, las puntuaciones se han agrupado en las categorías de bajas, medias y altas. Tal como ocurre con otras medidas de constructos psicológicos escaladas positivamente, como la atención y el apercibimiento, la claridad de la evidencia de haber logrado la hipnosis se incrementa con la puntuación del individuo= (APA, 2004; traducción del Grupo de Trabajo de Hipnosis Psicológica del *Col·legi Oficial de Psicòlegs de la Comunitat Valenciana* recuperada de <http://www.grupohipnosiscopev.es/wordpress/recursos-para-profesionales/definiciones-de-hipnosis/>).

Contrariamente a lo que cabría esperar, esta definición se muestra más ambigua que la anterior, y omite, además, detalles tan importantes como la conceptualización de la hipnosis como un coadyuvante, y no como una intervención única, o la recomendación de su uso por parte de determinados profesionales con una formación específica, entre otros. Pese a ello, incluye ciertas novedades de notoria relevancia, como que se *infiere* que una persona está hipnotizada (es decir, no hay criterios objetivos), ya que definir la hipnosis como estado es una creencia, el hacer constar la existencia de los métodos de auto-hipnosis, o poner de relieve los procedimientos hipnóticos activo-alerta.

Diez años después, en 2014, el Comité Ejecutivo de la División 30, cambió la definición, y, según sus propias palabras, preparó las siguientes definiciones oficiales relacionadas con la hipnosis:

- Hipnosis: un estado de conciencia que implica la atención centrada y conciencia periférica reducida, que se caracteriza por una mayor capacidad de respuesta a la sugestión.

- Inducción hipnótica: procedimiento diseñado para inducir la hipnosis.
- Hipnotizabilidad: capacidad de un individuo para experimentar alteraciones sugeridas en fisiología, sensaciones, emociones, pensamientos o comportamiento durante la hipnosis.
- Hipnoterapia: el uso de la hipnosis en el tratamiento de un trastorno o preocupación médica o psicológica.

Si bien hay variaciones sustanciales en la comprensión teórica de estos fenómenos, las definiciones anteriores se crearon con un interés en la simplificación de comunicación con respecto a los fenómenos y procedimientos hipnóticos dentro y entre los campos de la investigación y la práctica, y también lo son intencionalmente en gran medida ateórico (Traducción de la Asociación para el Avance de la Hipnosis Experimental y Aplicada).

Aunque en el propio enlace se indica que esta página se actualizará para incluir la discusión adicional de las perspectivas teóricas que permiten una mayor comprensión de la naturaleza y el funcionamiento de la hipnosis, esta definición ya ha suscitado críticas importantes, pues vuelve a establecer hipótesis refutadas (como la reducción de la consciencia periférica), o controvertidas (concepto de estado) siendo realmente casi una copia de la definición de H. Spiegel y Spiegel (1987; 2004), usando incorrectamente la terminología como es el caso de la hipnotizabilidad (que no es lo mismo que sugestionabilidad, susceptibilidad o sensibilidad hipnótica) tal como la definió Weitzenhoffer (1980), y criticada por Hilgard (1981) por poco práctica y útil científicamente. Peor aún es que ha roto el consenso entre los investigadores, y de ahí la respuesta cuasi inmediata de otros miembros de la División 30 e investigadores de reconocido prestigio internacional que la perciben como un grave retroceso en la definición de la hipnosis (Lynn et al., 2015).



También desde la Sociedad Británica de Psicología (2001/2002) se ha propuesto una definición consensuada. Según se recoge en el informe emitido por esta sociedad, el término hipnosis denotaría una interacción que se da entre una persona, el “hipnotizador”, y otra u otras, el “sujeto” o “sujetos”, en la que el primero intentaría influir sobre la percepción, sentimientos, pensamientos y conductas del segundo, sugiriéndole, para ello, que se concentre en las ideas e imágenes que puedan evocar los efectos que se pretenden conseguir. Las sugerencias serían las comunicaciones verbales empleadas por el hipnotizador para alcanzar dichos efectos. En esta definición se pone también de relieve la existencia de los métodos de auto-hipnosis, entendidos como el modo en que las personas ponen en práctica los procedimientos hipnóticos por sí mismas.

De esta forma, nos encontramos con posicionamientos muy dispares a la hora de conceptualizar la hipnosis: destaca, principalmente, el uso de términos como “estado hipnótico” (Hilgard, 1965; H. Spiegel y Spiegel, 1987), frente al de “situación hipnótica” (Spanos y Barber, 1976) o “interacción social” (Kihlstrom, 1998), como los aspectos más divergentes a partir de los cuales se pueden perfilar las aproximaciones con mayor influencia en el campo de la hipnosis. Estas definiciones, ponen de manifiesto el eterno debate entre las teorías del estado y las socio-cognitivas, cuyos principales supuestos serán expuestos más adelante. Las definiciones de la APA (1993, 2004) evitan, no obstante, cualquier alusión que permita posicionarlas en un acercamiento teórico u otro, favoreciendo, por tanto, el consenso entre las múltiples teorías. Esencialmente, la APA destacaba que la hipnosis, más que un estado, es una interacción, una técnica coadyuvante o un campo de estudio. Desgraciadamente ese consenso se ha roto, aunque es de prever que pronto se recuperará. Finalmente, la Sociedad Británica de Psicología (2001/2002), es más afín a la primera propuesta de la APA (1993), aunque, a diferencia de esta, resalta un aspecto que resulta esencial en el campo de la hipnosis, los métodos de auto-hipnosis, cuyo reconocimiento sí

recoge la definición posterior (APA, 2004). Aun siendo estas últimas definiciones de consenso, no están exentas de dificultades, y están siendo sometidas nuevamente a un proceso de reconceptualización y revisión paradigmática (Kirsch et al., 2011).

Nuestra opinión se acerca a la de los planteamientos socio-cognitivos. De esta manera, entendemos la hipnosis como un contexto o ceremonia que viene determinado por el acuerdo, implícito o explícito, de rotular a una situación como hipnosis, entre la persona que la va a aplicar o que enseñará los procedimientos de hipnosis o auto-hipnosis, y la persona que va a ser hipnotizada. Este rótulo, junto con la tradición social, el lenguaje y las comunicaciones del hipnotizador (retórica y sugerencias), van a activar una serie de procesos hipnóticos (atribuciones, rol, expectativas, compromisos, resolución de conflictos, etc.) que determinarán, en la persona hipnotizada, la experiencia de las sugerencias hipnóticas, que suelen implicar cambios en sus procesos cognitivos, sensoriales, perceptivos, comportamentales, emocionales, etc. Estos cambios, cuyo inicio y finalización van a estar sujetos a la voluntad de la persona, dependiendo de sus propios recursos, serán experimentados, no obstante, como automáticos por lo que el esfuerzo percibido por la persona hipnotizada será menor. Precisamente en este proceso de construcción social, es importante recordar que existe ya una imagen de los “fenómenos” de la hipnosis, y que Hilgard (1965, 1973) denominó el “dominio de la hipnosis”, lo que permite actuar bastante sobre los procesos que se investigan dentro de este campo, su terminología y medida, aspecto sobre el que volveremos más tarde.

---

## **1.4. ASPECTOS TEÓRICOS DE LA HIPNOSIS**

---

Durante las últimas décadas la hipnosis ha generado una gran cantidad de investigación. A pesar del consenso generado por la segunda definición de la APA (2004), siguen existiendo muchos debates y controversias, los cuales vienen de antaño, especialmente, por tres cuestiones:

- a) La existencia o no de un estado alterado (o diferente) de conciencia, o trance.
- b) La modificación de la sugestionabilidad hipnótica.
- c) La automaticidad e involuntariedad de las respuestas hipnóticas (Lynn y Rhue, 1991a).

Es relevante que se revisen los resultados de la investigación sobre estos temas, ya que en función de ellos, podrá considerarse mito o concepción errónea algunas de las creencias y afirmaciones sobre la hipnosis, que son la base de la constelación de elementos que se recogen en la Escala que presentamos.

Cuando hablamos de los orígenes de los conflictos entre posicionamientos sobre la hipnosis, nos tenemos que remontar a 1880 donde se vive el estelar enfrentamiento entre las Escuelas de Salpêtriére y la de Nancy (Tortosa, González-Ordi, y Miguel-Tobal, 1999). En la primera, con su máximo representante Charcot (1825-1893), consideran la hipnosis como un estado alterado de conciencia, refiriéndose al estado hipnótico como algo cualitativamente distinto de otros estados. Se habla de trance, como una frontera donde a partir de ahí todo es posible. Por otro lado, la escuela de Nancy, con Berheim (1837-1919) a la cabeza, entiende la hipnosis como un fenómeno psicológico, no patológico. Para Berheim la hipnosis no es sino sugestión, la tendencia a aceptar una idea y que esta se convierta en acción.

Durante más de un siglo, la hipnosis se había definido como un estado especial diferente del estar consciente y despierto (*American Psychological Association, Division of Psychological Hypnosis*, 1985; James, 1890).

Sin embargo, la cuestión de si la hipnosis es un estado alterado de conciencia se convirtió en un tema de gran controversia (Sheehan y Perry, 1976). Como consecuencia, durante las décadas de 1960 y 1970 se establecieron dos campos teóricos opuestos conocidos como teorías del estado y del no-estado. En los años ochenta esta división permaneció, pero las etiquetas cambiaron de estado a proceso especial, y de no-estado a social-psicológico. Sin embargo, las teorías sobre la hipnosis han cambiado considerablemente, como son las de Hilgard (1986) o Spanos (1991), y se han propuesto nuevas teorías sobre ella (Lynn y Kirsch, 2005; Lynn y Rhue, 1991a). Como resultado, en lugar de dos campos de estudio, hace tiempo ya que se considera que existe un continuo de diferentes posturas sobre el estado alterado y una complicada topografía de cuestiones a resolver (Kirsch y Lynn, 1995). En uno de los extremos de este continuo están los estudiosos que defienden el concepto de estado hipnótico en su forma más contundente, como una condición que es fundamentalmente distinta de la condición normal de conciencia en vigilia y de otros estados alterados, como el sueño despierto y la relajación. En este grupo se incluyen la mayoría de los seguidores de Erickson y otros teóricos psicoanalíticos contemporáneos. Según Erickson (1941/1980), el literalismo (por ejemplo: contestar “no” a la pregunta ¿le importaría decirme su nombre?), la catalepsia y la amnesia espontáneas (no sugeridas) son marcadores conductuales del estado de trance hipnótico. Los teóricos psicoanalíticos consideran como características definitorias del estado de trance la mayor facilidad en acceder al inconsciente, el cambio hacia el proceso primario de pensamiento y una mayor receptividad y regresión del ego (Fromm, 1992; Nash, 1991). Además, se ha añadido a las teorías del estado, no ambiguas, la teoría del control disociado, en la cual las respuestas a las

sugestiones son debidas a un estado que es funcionalmente equivalente al producido por ciertas lesiones del lóbulo frontal (Woody y Bowers, 1994).

Desde estas teorías, además, se defiende que la sugestionabilidad hipnótica, entendida en la mayoría de los casos como una capacidad preexistente en el individuo para disociarse (Bowers, 1976; Hilgard, 1977, 1979), podría considerarse un rasgo estable, similar a los rasgos de personalidad (Bertrand, 1989), y prefieren denominarla susceptibilidad hipnótica, y actualmente hipnotizabilidad. Variables de corte socio-psicológico, como las actitudes o las expectativas, son también consideradas por estos autores como determinantes de las puntuaciones que se obtienen en las escalas de sugestionabilidad hipnótica, si bien, su influencia dependería de la habilidad básica para experimentar la disociación (Bowers, 1976; Kihlstrom, 1985; Perry, 1977). Esta habilidad disociativa se incrementa poco o nada cuando la persona recibe algún tipo de entrenamiento para mejorar su sugestionabilidad hipnótica, aunque el entrenamiento sí favorece los efectos de las variables socio-psicológicas ya comentadas, incrementando poco la capacidad real disociativa de la persona. Por ello, al ser efectos “menores”, se asume que no van a obtenerse ganancias sustanciales en los niveles de sugestionabilidad/susceptibilidad (Bertrand, 1989). Por otro lado, se ha estudiado la relación existente entre la sugestionabilidad y otras variables psicológicas como: hipocondría, deseabilidad social, ansiedad, absorción, estrés post-traumático, incluso los 5 grandes, encontrando que muchos resultados son artificiales, y otros no tanto etc., al igual que la relación existente con la variable género (Council, 2005; González-Ordi y Miguel-Tobal, 1999).

La cuestión de la automaticidad y voluntariedad de las respuestas, como se ha visto, se explica en relación a la disociación, y más concretamente, en base a la decisión voluntaria de la persona de disociarse, lo que permite experimentar las respuestas de forma

automática e involuntaria, y percibir que en esas respuestas se emplean menos recursos por la aparente carencia de esfuerzo, si bien es difícil conciliar cómo una persona se disocia en el sentido más estricto de la palabra, controladamente como defendió Bowers (1992). No obstante, las teorías disociativas no son homogéneas. Para Hilgard (1977) se daría más una *experiencia* disociada, de modo que la persona hipnotizada desarrolla una barrera amnésica entre su parte del yo, el hipnotizado, que no recordaría que existe otra parte del yo que no está hipnotizada, y retiene el control ejecutivo. Como puede verse una posición bien diferente a la de Bowers (1992) que defendió una disociación real, aunque voluntaria.

En dirección hacia el otro extremo del continuo están, por un lado, los teóricos que utilizan el término “estado” para describir fenómenos hipnóticos, pero niegan que explique o cause esos fenómenos (Hilgard, 1969, Kihlstrom, 1985); también aquellos que se consideran fieles al constructo del estado, pero que lo ignoraron en sus teorías sobre la respuesta hipnótica (McConkey, 1991; Sheehan, 1991); y, por último los que explícitamente rechazan el constructo del estado hipnótico por considerarlo como algo impreciso y engañoso (Coe y Sarbin, 1991; Dixon y Laurence, 1992; Kirsch, 1991; Kirsch y Council, 1989; Lynn y Rhue, 1991b; Nadon, Laurence, y Perry, 1991; Spanos, 1986, 1991) proponiendo teorías de expectativa de respuesta, dramatúrgica, integradoras, etc. Sorprendentemente, este último grupo incluye a algunos de los clínicos ericksonianos más prominentes (Zeig y Rennick, 1991), quienes mantienen que el concepto de trance tiene poco valor explicativo, y proclamando que solo desvía la atención de la consideración de la hipnosis como un proceso interpersonal (Kirsch y Lynn, 1995). Estas últimas posturas, por tanto, defienden la continuidad entre los comportamientos hipnóticos y los no hipnóticos, basando sus argumentaciones teóricas en los aspectos sociales y situacionales del contexto hipnótico, junto con las actitudes, la imaginación, las atribuciones, las expectativas y las creencias sobre la hipnosis que tiene la persona (Capafons, 2012; Lynn y Rhue, 1991a). En este sentido, la

sugestionabilidad hipnótica se considera como un conjunto de habilidades cognitivas que son susceptibles de modificarse sustancialmente (Capafons, 2012; Lynn y Rhue, 1991a).

Desde las aproximaciones socio-cognitivas, la persona, además de mantener el control sobre sus conductas en todo momento, estaría continuamente esforzándose de un modo activo para experimentar las sugerencias hipnóticas y para adaptar sus respuestas a los cambios contextuales y demandas relacionadas con el rol y la dramaturgia (Sarbin, 1993, 1999). En relación a esto último, Pérez-Alvárez (1999) siguiendo a Sarbin y Coe (1972), propone una explicación de la hipnosis en términos dramático y de retórica, defendiendo que la hipnosis se atiene al desempeño de papeles. En este sentido, los informes de involuntariedad asociados a dichas sugerencias y la experiencia de los fenómenos hipnóticos (como la amnesia post-hipnótica), serían reflejo del uso que la persona hace de las estrategias cognitivas (incluyendo la imaginación, la fantasía, la atención y la distracción), y su esfuerzo por crear esas experiencias subjetivas. No obstante, conviene recordar que Sarbin y Coe (1972) no usan el verbo *play* (desempeño) sino los verbos *enacting* and *taking*, con significados muy diferentes al de desempeño dentro de la Psicología Social. De este modo, todo el mundo adopta y toma diversos roles, pero no está haciendo teatro, ya que se implica hasta tal punto que los roles son parte de la identidad personal, es decir, no hay ficción.

Entre las dos posiciones extremas en relación a la cuestión del estado, hay diversas posturas que incluyen distintos conceptos de trance que en algunos casos no se considera un estado alterado único de la hipnosis (Cheek y Lecron, 1968; Walters y Havens, 1993). Algunos teóricos caracterizan la hipnosis como un conjunto de fenómenos que experimenta todo el mundo en la vida cotidiana. Otros consideran que estos fenómenos llevan a experimentar la hipnosis, pero son diferentes de la misma (Kirsch y Lynn, 1995). El problema de estas definiciones de trance es que son demasiado inclusivas, vagas e

imprecisas para ser sometidas a un estudio empírico. Además, si no contamos con los medios necesarios para determinar si una persona está en trance, será imposible probar hipótesis sobre los efectos del mismo (Kirsch y Lynn, 1995). Incluso las investigaciones que han usado imágenes computerizadas del funcionamiento del cerebro (Electro Encefalogramas, Tomografía por Emisión de Positrones, Imagen por Resonancia Magnética Funcional o por Magneto Encefalografía) solo encuentran que los resultados dependen de las sugerencias que se empleen y del modo en que se induce la hipnosis, pero no pueden encontrar un patrón del estado hipnótico (Capafons, Lamas, y Lopes-Pires, 2008; Oakley y Halligan, 2010).

Así la comunidad científica ya no se encuentra dividida en dos campos opuestos, en relación a la hipnosis, aunque, como indica Kirsch (1993), algunos teóricos aprueban el concepto de trance como un mecanismo explicativo, y vista la última definición propuesta por la APA, parece que se está consolidando un proceso de involución que esperamos que no prospere. Las posturas adoptadas por la mayoría de los investigadores en lo que solían ser los dos campos, llegaron a ser relativamente similares (Hilgard, 1987; Kihlstrom, 1985; Kirsch, 1992; Perry, 1992), pero, reiteramos, parece haber un interés en que esto no se consolide.

Hay dos grupos de datos que llevaron a una convergencia de opinión en el asunto del estado en la mayoría de los investigadores (Kirsch y Lynn, 1995). El primero se refiere al modesto efecto de la inducción hipnótica en la sugestionabilidad. La mayoría de las personas son casi tan sensibles a las llamadas “sugerencias despiertas”, como lo son a las mismas sugerencias dadas en un contexto hipnótico (Hilgard, 1965). Por tanto, los investigadores han establecido que la respuesta a la hipnosis depende más de las habilidades, creencias e interpretaciones de la persona hipnotizada, que del uso de una inducción hipnótica (Hilgard, 1965; Kirsch, 1990; Spanos, 1991). La inducción hipnótica incrementa la sugestionabilidad,



pero para la mayoría de las personas el incremento es pequeño. Además se pueden producir incrementos similares en la respuesta con procedimientos no hipnóticos (Barber, 1969).

El segundo grupo de datos es el fracaso, como hemos indicado, en encontrar indicadores fiables del estado de conciencia alterado hipnótico. Los marcadores conductuales hipotetizados por Erickson (literalismo, catalepsia y amnesia), o bien no han podido distinguir a los participantes hipnotizados de los no hipnotizados (Green et al., 1990), o bien se ha demostrado que son producto de las percepciones que tienen los participantes del rol hipnótico (Orne, 1959; Young y Cooper, 1972). Asimismo, no se han encontrado indicadores fisiológicos ni auto-informados de un trance hipnótico (Dixon y Laurence, 1992; Kirsch, Mobayed, Council, y Kenny, 1992; Oakley y Halligan, 2010). Según Lamas (2007) y Capafons, Lamas et al., (2008), de acuerdo con la investigación neurofisiológica actual, va a ser muy difícil encontrar un patrón fisiológico distintivo y único para la hipnosis. En primer lugar porque no existe un consenso en la definición del estado hipnótico, no se sabe con qué estado “normal” compararlo, y porque, hasta ahora, ha habido problemas metodológicos en la elección de la población del grupo control. Lo que sí se ha encontrado es que con las sugerencias hipnóticas se puede alterar la actividad de las áreas cerebrales encargadas de procesar un determinado tipo de información, y esto es relevante en sí, no solo para la investigación sobre hipnosis, sino también para los estudios específicos de ese tipo de procesamiento de la información (Capafons, Lamas et al., 2008; Lamas, 2007).

En definitiva, cuando los investigadores utilizan el término estado hipnótico, este tiene, normalmente, un sentido descriptivo para designar los cambios subjetivos que las personas hipnotizadas informan haber experimentado. No obstante, no se utiliza para explicar esos cambios. En su lugar, la mayoría de los investigadores de la hipnosis están de acuerdo en que los efectos impresionantes de esta provienen de la influencia social y de las habilidades

personales, no de un estado de trance o de conciencia alterada (Kirsch y Lynn, 1995), aunque en ámbitos clínicos esta idea sigue sin interiorizarse, y se mantienen próximos a posturas de trance no descriptivas. De esta manera, es en el ámbito más experimental donde se considera que existe un acuerdo sobre los temas que se estudian en la investigación hipnótica y, por tanto, sobre los tipos de fenómenos que se observan en lo que se ha denominado el “dominio de la hipnosis” (Hilgard, 1973).

La delimitación de este dominio, como ya hemos indicado, viene dada, según Hilgard (1965; 1973), por las siguientes tres características: (a) la hipnosis implica sugestión, pero no todos los tipos de sugestión, ya que el dominio de la sugestión incluye respuestas que no pertenecen al campo de la hipnosis, y los fenómenos de la hipnosis implican además otras respuestas específicas que no son sugestión; (b) las conductas estudiadas reflejan la existencia de diferencias individuales en la susceptibilidad a la hipnosis; (c) y los informes subjetivos que correlacionan significativamente con la conducta objetiva, pueden producir al mismo tiempo rectificaciones a la dependencia solo de la ejecución objetiva. Los testimonios de los participantes respecto a sus experiencias, proveen al dominio de una coherencia que no puede describirse completamente mediante las respuestas a sugestiones específicas o implícitas. Describiendo el dominio de la hipnosis de esta manera, es posible llegar a un acuerdo en el área o temas a investigar sin necesidad de consenso en la naturaleza sustantiva de los cambios que tienen lugar en los procesos corporales, la organización cognitiva durante la hipnosis o los conceptos explicativos más apropiados (Hilgard, 1973). Dejando a un lado el punto de vista teórico, puede haber un consenso en lo que es la hipnosis si se entiende que se está hablando de un campo de investigación científico y no de un teoría explicativa (Hilgard, 1969).

---

## 1. 5. ÁREAS DE APLICACIÓN DE LA HIPNOSIS

---

Desde hace bastantes años se viene reconociendo el papel de la hipnosis para el tratamiento de diversas patologías, como veremos en el presente apartado, pero también se ha señalado desde décadas, cómo actúa la hipnosis cuando se utiliza como un adjunto a la terapia. Así, González-Ordi y Miguel-Tobal (1993) señalan las diversas razones que hacen que la hipnosis sirva como facilitador de las técnicas cognitivo-conductuales, destacando las siguientes: la economía en el tiempo utilizado para el tratamiento (Dengrove, 1973; Ellis, 1986; Tramunt-Rubio, 1992), expectativas positivas de los pacientes hacia los potenciales logros producidos por la hipnosis (Lazarus, 1973), el efecto placebo (Lazarus y Karlin, 1978), el empleo de imaginería vívida y realista (Cautela, 1975; Kroger, 1978, 1988; Kroger y Fezler, 1976), la versatilidad en su adaptación a diversas situaciones clínicas (Karlin y Mckee, 1976), el uso de sugerencias específicas dirigidas a una meta (Spanos y Barber, 1976), la inclusión de instrucciones más o menos explícitas de relajación (Dengrove, 1973; Wickramasekera, 1973).

Como ya se ha detallado, la hipnosis es un campo de investigación experimental científica. Sin embargo, es también un conjunto de formas heterogéneas de proceder, para promover cambios, generalmente en el ámbito de la salud, pero también en otros como el forense, deportivo o educativo. Dado que es la hipnosis clínica la que tiene más evidencia acumulada, y la que más se evalúa en la escala EVACH-C., es en la que nos enfocaremos en este apartado.

El *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* (2000, vol. 48, Nº 2), siguiendo los criterios de eficacia de los tratamientos psicológicos de Chambless y Hollon (1998), publicaron un monográfico sobre la evidencia empírica que apoyaba el uso de la hipnosis clínica. Posteriormente, se realizaron otras revisiones y resúmenes, como las de

Montgomery y Schnur (2005), Wark (2008), y las de Mendoza y Capafons (2009) y Capafons y Mendoza (2010a). En la medida en que estas dos últimas recogen las anteriores, relatamos a continuación las principales conclusiones, realizando aportaciones que permitan actualizar o completar lo detallado por los anteriores autores, en función de la literatura publicada en estos años.

### **1.5.1. DOLOR**

Una de las áreas de aplicación donde la hipnosis tiene mayor evidencia empírica sobre su eficacia es en el manejo del dolor, ya sea crónico o agudo (Adachi, Fujino, Nakae, Mashimo, y Sasaki, 2014; Dillworth, Mendoza, y Jensen, 2011; Jensen, 2011; Lynn, Kirsch, Barabasz, Cardeña, y Patterson, 2000; Martín, 2011; Montgomery, DuHamel, y Redd, 2000). Tanto el reconocimiento por parte del *National Institute of Health Technology Assessment Panel Report* (1996), como el meta-análisis de Montgomery et al. (2000) sobre la eficacia de la hipnosis en el manejo del dolor apoyan su consideración como un tratamiento eficaz, bien establecido y empíricamente validado. En la revisión de Montgomery et al. (2000) con estudios bien controlados se encontró que la hipnosis puede aliviar a un 75% de la población incluyendo los diferentes tipos de dolor. De hecho, la sugestionabilidad hipnótica no se relaciona en exceso con la capacidad para beneficiarse de las sugerencias hipnóticas, aunque no perjudica el ser altamente sugestionable (Jensen, 2011), ocurriendo lo mismo que sucede en otras áreas de aplicación (Lynn, Kirsch, y Rhue, 2010), aunque recientemente Enea, Dafinoiu, Opriș, y David (2014) en su estudio donde se aplica dolor experimental por presión en los dedos concluyen que los participantes respondieron de forma diferente a la condición de hipnosis dependiendo del nivel de hipnotizabilidad, mostrando los altos en hipnotizabilidad analgesia hipnótica, mientras los bajos no mostraron dicha analgesia (Enea et al., 2014). En dicho estudio, en relación a cómo se presentó la hipnosis se hizo desde una

posición tranceánica (profundidad en el estado hipnótico) y respecto a las sugerencias de analgesia que se administraron fueron las de “anestesia en guante” (Yapko, 2003). Se debe tener en cuenta que en este caso nos referimos a dolor experimental generado, es decir, en condiciones de laboratorio, lo cual hace que estemos ante un paradigma diferente. Además es de los pocos estudios que encuentran esta relación, que puede ser un artefacto experimental, dependiendo de cómo se haga el estudio. Si se evalúa la sugestionabilidad hipnótica contextualizándola en el experimento, es fácil que se den efectos de características de la demanda o efecto Hawthorne. Cuando no se contextualiza, esa relación tiende a disiparse (Spanos, 1991).

En general, los resultados de la investigación revelan un efecto de moderado a alto en la reducción de dolor clínico y experimental, lo que apoya la eficacia de los procedimientos hipnóticos en el manejo del dolor. Asimismo, los resultados indican que las técnicas de analgesia hipnótica son superiores a la medicación, el placebo psicológico y otro tratamiento, cumpliendo así los criterios para un tratamiento bien establecido de acuerdo con los criterios de Chambless y Hollon (1998).

Patterson y Jensen (2003) llevaron a cabo una revisión exhaustiva de estudios controlados y aleatorizados sobre dolor e hipnosis en contextos clínicos, excluyendo las investigaciones con estudiantes voluntarios incluidos en el meta-análisis de Montgomery et al. (2000). Para la revisión se tuvo en cuenta la definición de hipnosis de Kihlstrom (1985), ya que es lo suficientemente amplia para incluir aquellos estudios que analizan los efectos de la analgesia hipnótica y, al mismo tiempo, es específica para incluir el principal componente de la hipnosis, la sugestión. Así, se excluyeron los estudios que analizaban intervenciones que no se definieron como hipnosis. De esta forma, los que se consideraron se analizaron en función del tipo de dolor (agudo o crónico), el diseño de estudio y el tipo de grupo de control utilizado. Los resultados relacionados con los estudios sobre dolor agudo indicaron que

existen efectos clínicos consistentes de la analgesia hipnótica que son superiores a la atención o a las condiciones de control de cuidado estándar y en numerosas ocasiones son superiores a otros tratamientos de dolor viables. Respecto al dolor crónico, los estudios muestran que la analgesia hipnótica es consistentemente superior al no tratamiento. Por tanto, los autores concluyen que los estudios controlados aleatorizados con poblaciones clínicas indican que la hipnosis tiene un impacto significativo y fiable, tanto en dolor agudo, como crónico.

Elkins, Jensen, y Patterson (2007) realizaron una revisión de estudios controlados sobre la eficacia de la hipnosis en el tratamiento del dolor crónico. Los resultados indican que las intervenciones con hipnosis fueron significativamente más eficaces que no recibir tratamiento, en la disminución del dolor asociado con diversas condiciones de dolor crónico. Asimismo, estas reducciones en dolor percibido se mantuvieron durante varios meses. En algunos estudios los procedimientos hipnóticos mostraron ser más eficaces que los tratamientos no hipnóticos con los que se compararon, como la terapia física, la atención y el dar información. Añadido a lo anterior, hay que señalar que los procedimientos hipnóticos no solo ayudan a los pacientes con dolor crónico a obtener efectos analgésicos, sino también en el manejo de la ansiedad, la mejora del sueño y de la calidad de vida (Jensen et al., 2006). No obstante, ya que hasta la fecha los estudios llevados a cabo presentan limitaciones metodológicas por haber contado con muestras pequeñas y carecer de controles del placebo o las expectativas y de seguimientos a largo plazo, son necesarias más investigaciones para determinar la eficacia de la hipnosis en el tratamiento del dolor crónico (Elkins et al., 2007).

En la revisión de Hammond (2007) sobre la eficacia de la hipnosis clínica para el tratamiento de los dolores de cabeza y las migrañas indica que, según la literatura, la hipnosis cumple los criterios de investigación en psicología clínica para considerarse un tratamiento

eficaz y bien establecido, destacando el hecho de que no tiene efectos secundarios, ni riesgos de reacciones adversas, disminuyendo el gasto en medicación asociado a los tratamientos médicos convencionales.

Por su parte, Karlin (2007) analizó los resultados de estudios meta-analíticos y concluyó que los posibles procesos que producen la analgesia hipnótica son la capacidad de alucinar negativamente la estimulación dolorosa, las creencias, las expectativas y la distracción, inherentes a las instrucciones de analgesia hipnótica, así como la hipnotizabilidad de los pacientes.

En su estudio, Stoelb, Molton, Jensen, y Patterson (2009) revisaron la literatura científica sobre el uso de la analgesia hipnótica en el tratamiento del dolor agudo y crónico en adultos. Los resultados indicaron que, en el caso del dolor agudo y crónico, de manera consistente la analgesia hipnótica disminuye bastante diferentes tipos de dolor, frente a ningún tratamiento/atención estándar. Por otra parte, las intervenciones en las que se utiliza la hipnosis para disminuir el dolor ofrecen mejores resultados que las intervenciones en las que no se utiliza la hipnosis. Finalmente, la hipnosis funciona de forma parecida a los tratamientos que poseen elementos hipnóticos (por ejemplo, la relajación muscular progresiva), pero siendo la eficacia de la hipnosis mayor. Stoelb et al. (2009) concluyen que entre los factores que pueden influir en la eficacia de la hipnosis se incluyen el grado de sugestionabilidad del paciente, así como la expectativa sobre los resultados del tratamiento y la habilidad del profesional que emplea la técnica.

Dillworth, Jensen, Mendoza, y Capafons (2010) revisaron los resultados de los estudios sobre la eficacia de la hipnosis clínica en el tratamiento del dolor crónico como un coadyuvante a las intervenciones terapéuticas utilizadas con estos pacientes. Los resultados indicaron que la analgesia hipnótica tiene beneficios a corto plazo en la reducción del dolor y

esos beneficios se mantienen durante, al menos, 12 meses. Los autores también revisaron los estudios sobre los mecanismos psicológicos y neurofisiológicos de la hipnosis. En el primer caso, aunque identificaron algunos factores psicológicos que pueden relacionarse con los resultados de algunos pacientes, no se halló una variable psicológica predictora sólida de los resultados obtenidos. En el segundo caso, hallaron medidas neurofisiológicas que mostraron que los efectos de la analgesia hipnótica sobre la actividad cortical pueden diferir de acuerdo con las sugerencias específicas dadas.

Por otro lado, Dillworth et al. (2011) indican que hay evidencia que la hipnosis reduce el porcentaje de dolor diario en pacientes afectados de dolor crónico. Además, señalan que la hipnosis como adjunto de otras intervenciones, ya sean psicológicas o físicas, mejora la eficacia de estas. En el reciente meta-análisis realizado por Adachi et al. (2014), donde el objetivo fue evaluar la eficacia de la hipnosis para el dolor crónico en comparación con la atención estándar y otras intervenciones psicológicas, observaron que con hipnosis el beneficio del tratamiento es moderado frente a la atención estándar. La hipnosis también mostró un efecto superior moderado al ser comparada con otras intervenciones psicológicas en el grupo que no tenía dolores de cabeza. De esta forma se sugiere que la hipnosis es eficaz para controlar el dolor crónico (Adachi et al., 2014).

Así se puede concluir que existe evidencia de que la hipnosis es una efectiva y eficiente técnica en el tratamiento del dolor agudo y crónico (Jensen, 2009; 2011; Jensen y Patterson, 2006).

Dorfman et al. (2013) trataron de estudiar si la hipnosis podría ser una intervención útil para el manejo del dolor en pacientes que sufren polineuropatía sensorial distal (PSD), que es el trastorno más común del sistema nervioso en pacientes con VIH. Dicha afectación influye negativamente en la calidad de vida de los pacientes, no existiendo evidencia sobre



intervenciones que hayan demostrado ser eficaces para tratar dicho cuadro clínico. Los participantes fueron 36 voluntarios con VIH-PSD que recibieron tres sesiones semanales de entrenamiento en auto-hipnosis. Los pacientes tuvieron un seguimiento previo de 7 semanas antes de la intervención en relación al dolor y sus secuelas e igualmente otras 7 semanas una vez completado el postratamiento. Otras variables que se evaluaron fueron los cambios en el estado afectivo y la calidad de vida. Los resultados mostraron reducciones en las puntuaciones de dolor tras la finalización de la intervención, las cuales se mantuvieron estables en el seguimiento. También hubo evidencia de cambios positivos en las medidas de afecto y calidad de vida. Así, se concluye que las intervenciones breves con hipnosis son una prometedora intervención para el manejo del dolor VIH-PSD, pero que requiere una mayor investigación (Dorfman et al., 2013). En otras investigaciones será imprescindible la inclusión de grupos control, o controles intra grupo, que no aparecen reflejados en el citado artículo.

Shah, Monga, Patel, Shah, y Bakshi (2014) en su reciente estudio estudiaron el efecto de la hipnosis en la dismenorrea. Los participantes, 50 estudiantes de enfermería, fueron divididos aleatoriamente a una de estas dos condiciones: un grupo tratado con hipnosis durante tres meses, y otro, que recibió los fármacos habituales que se prescriben para la dismenorrea durante tres ciclos menstruales. Durante los siguientes 3 ciclos no recibieron ningún tratamiento, ninguno de los grupos. Los resultados muestran que hubo una mejora significativa en la calidad de vida después del tercer ciclo en ambos grupos en comparación con el pretratamiento. Así concluyen que el efecto de la hipnosis y los medicamentos en la calidad de vida fue similar en ambos grupos en el tercer y sexto ciclos (Shah et al., 2014).

Con respecto a la fibromialgia, Martínez et al. (2008) realizaron un estudio piloto de N = 1 línea base múltiple, donde comparó la eficacia del tratamiento multicomponente

cognitivo-comportamental (TCC) con hipnosis despierta, según el Modelo de Valencia (Capafons, 1999; Capafons y Mendoza y 2010b) vs. ese TCC sin hipnosis, y vs. solo tratamiento farmacológico. Los resultados apoyan el uso de la hipnosis como coadyuvante al tratamiento cognitivo-comportamental, pues incrementó su eficacia en varias dimensiones, y ambos grupos (TCC con o sin hipnosis) fueron superiores al farmacológico solo. Por ello, la hipnosis despierta puede ser una herramienta útil y eficiente para mejorar los tratamientos cognitivo-comportamentales del manejo de los síntomas de la fibromialgia.

En otro estudio, Castel, Pérez, Sala, Padrol, y Rull (2007), utilizaron la hipnosis para tratar a 55 pacientes con fibromialgia. En un grupo utilizaron la hipnosis con sugerencias de relajación, en otro hipnosis con sugerencias de analgesia, y en un tercero, solo relajación. Los resultados mostraron que el mayor efecto en el alivio de la intensidad del dolor y en la dimensión sensorial del dolor lo ofrecía la hipnosis con sugerencias de analgesia, seguida de la hipnosis con sugerencias de relajación. Asimismo, se observó que el efecto de la hipnosis seguida de sugerencias de relajación no fue mayor que el de la relajación sola, lo que apunta a que en la hipnosis lo que importa para reducir el dolor es la sugestión más que la relajación.

Posteriormente, Castel, Balota, y McCabe (2009) examinaron los efectos de la hipnosis adjunta a un TCC estándar en el tratamiento del dolor en pacientes con fibromialgia. Los resultados señalaron, que, tanto los pacientes que recibieron solo TCC, como los que recibieron TCC junto con hipnosis, obtuvieron mejores resultados que los que recibieron tratamiento estándar (farmacológico). Concretamente, los que recibieron TCC más hipnosis tuvieron mejores resultados que los que solamente recibieron TCC. Castel, Cascón, Padrol, Sala, y Rull (2012) de nuevo encontraron estos mismos resultados, con un seguimiento de 6 meses. Así se redujo la intensidad del dolor, la catastrofización, el malestar psicológico, y las alteraciones del sueño, mejorando el funcionamiento de los pacientes, especialmente en el

grupo que incluía hipnosis, y sin tener que alargar la terapia psicológica en este último caso. Nuevamente, los resultados apoyan los hallazgos de investigaciones anteriores que indican que la hipnosis ofrece más beneficios cuando se adjunta a tratamientos de comprobada eficacia. Quirós-Ramírez (2013) señala que la utilización de hipnosis desde un modelo cognitivo conductual en pacientes con fibromialgia produce una disminución significativa del dolor, así como una reducción en los niveles de ansiedad.

Más recientemente, Picard et al. (2013), compararon un grupo de pacientes con fibromialgia a los que se les realizó intervención con hipnosis con un grupo control que se mantuvo en lista de espera. Los resultados no mostraron diferencias significativas en relación a la reducción del dolor y sí respecto a los efectos secundarios relativos a la propia enfermedad en relación a sus cogniciones y emociones.

Si analizamos los resultados de estos dos últimos estudios en relación al dolor pueden parecer contradictorios, pero dichas diferencias son atribuibles a las sugerencias que aplicaron en ambos estudios. Mientras en el primero se proporcionaron sugerencias específicas de analgesia y otras sugerencias relacionadas con componentes cognitivo comportamentales, en el segundo estudio los autores afirman que las sugerencias estuvieron focalizadas en la modificación de la perspectiva que tenían hacia el dolor, en la aceptación de cómo vivir con ese dolor crónico y la generación de nuevas emociones y mejorar en aspectos sociales.

Por último, Rodríguez-Álamo (2014) estudió la eficacia de cuatro métodos para el control del dolor en 36 pacientes con fibromialgia que fueron asignados en grupos de 9 a: hipnosis individual, hipnosis en grupo, auto-hipnosis con audio CD y relajación autógena en grupo. Dicho autor concluye que los cuatro tipos de intervenciones resultan igualmente eficaces para la reducción del dolor en la fibromialgia.

A modo de conclusión, es importante que destaquemos la revisión de Mendoza (2013), en la cual concluye que existe evidencia científica sobre la eficacia de la inclusión de hipnosis en intervenciones para el dolor, ya sean en adultos o niños. Añade que existen áreas en las que los resultados son controvertidos como en el dolor durante el parto y que se necesitan más estudios en fibromialgia e intervenciones odontológicas con hipnosis.

#### **1.5.1.1. Obstetricia**

La hipnosis, también, se ha utilizado en obstetricia para facilitar el parto. Según la revisión de Pinnell y Covino (2000), los estudios al respecto informan que las pacientes que utilizaron hipnosis tuvieron una mayor satisfacción con la experiencia de dar a luz (Freeman, MacCauley, Eve, Chamberlain, y Bhat, 1986), un parto más corto (Brann y Guzvica, 1987; Jenkins y Pritchard, 1993), y un menor uso de medicación y analgésicos durante el parto (Jenkins y Pritchard, 1993).

Una revisión posterior realizada por Cyna, McAuliffe, y Andrew (2004) informó de la existencia de estudios en los que la utilización de la hipnosis ayudó a las madres a necesitar menos analgesia y menos medicación para paliar el dolor durante el parto. Los autores concluyen que dados los posibles beneficios de utilizar hipnosis en estos casos, son necesarios más estudios bien diseñados para confirmar estos efectos de la hipnosis durante el parto. Posteriormente, Brown y Hammond (2007) revisaron los beneficios y la eficacia de la hipnosis en obstetricia y su aplicación durante el parto. En los estudios que revisaron se encontró que la hipnosis ayuda a reducir significativamente el dolor del parto y la necesidad de medicación durante y después del mismo. Además, la hipnosis mostró ser un coadyuvante eficaz al tratamiento médico de los partos prematuros y en un caso de cuádruples. Los autores sugieren la realización de un estudio clínico aleatorizado para evaluar la eficacia de la hipnosis en esta área (Brown y Hammond, 2007).

En relación a las actitudes que muestran mujeres embarazadas respecto a la utilización de hipnosis durante el parto, Hollingworth (2012) aplicaron una encuesta a 337 mujeres embarazadas. Los resultados revelaron un alto nivel de aceptación de la hipnosis como una modalidad potencialmente útil para reducir el dolor del parto y aumentar la experiencia de este.

Por otro lado, tres estudios realizados por el mismo grupo de investigación (Werner, Uldbjerg, Zachariae, Rosen, y Nohr, 2013; Werner, Uldbjerg, Zachariae, y Nohr, 2013; Werner, Uldbjerg, Zachariae, Wu, y Nohr, 2013), profundizaron en este tema, comparando un grupo cuya intervención fue de auto-hipnosis, otro de relajación y *mildfulness* y un último al que no se le realizó intervención (únicamente los cuidados previos antes de dar a luz). Las participantes fueron 1222 mujeres sanas que fueron asignadas aleatoriamente a una de estas tres condiciones. Los resultados muestran que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ni en el uso de analgesia epidural, ni en el dolor que autoinformaban durante el parto (Werner, Uldbjerg, Zachariae, Rosen et al., 2013), aunque sí encontraron diferencias respecto a la eficacia de la hipnosis, en relación a la experiencia del nacimiento afirmando ser más positiva comparado con los otros dos grupos (Werner Uldbjerg, Zachariae, Wu et al., 2013) y menos situaciones de emergencia en el grupo de hipnosis (Werner Uldbjerg, Zachariae, y Nohr, 2013).

En una reciente revisión Lorenzo-Ruíz y González-Ordi (2014) concluyen que la investigación sobre la utilización de la hipnosis durante el parto es prometedora, pero que existen limitaciones metodológicas que muestran la necesidad de realizar más estudios con un buen diseño experimental para, así, dotar a la hipnosis de la suficiente evidencia para extender y generalizar su aplicación práctica y clínica. En esta misma línea Mendoza (2013) en su revisión afirma que la eficacia de la hipnosis para el manejo del dolor durante el parto

no muestra unos resultados consistentes, como hemos indicado, a pesar de las conclusiones divergentes con la revisión de Brown y Hammond (2007).

Finalmente, también existe cierta evidencia de que la hipnosis facilita el embarazo de mujeres que se someten a intervenciones de fertilización in vitro (Levitas et al., 2006).

### **1.5.2. DEPRESIÓN**

El estudio de Alladin y Alibhai (2007) representó la primera comparación de la función coadyuvante de la hipnosis en un tratamiento psicológico bien establecido para la depresión: la Terapia Cognitiva para la Depresión de Beck (Beck, Rusch, Shaw, y Emery, 1979). Aunque tanto los pacientes tratados con hipnoterapia cognitiva (HC) como los tratados con TCC mejoraron respecto a sus puntuaciones de línea base, los del grupo HC mostraron cambios significativamente mayores en depresión, ansiedad y desesperanza que los del grupo de TCC, manteniéndose estos cambios a los seis y doce meses de seguimiento. Los resultados de este estudio cumplen con los criterios de Chambless y Hollon (1998) que permiten considerar al tratamiento de hipnoterapia cognitiva para la depresión como probablemente eficaz (Alladin y Alibhai, 2007). Asimismo, Shih, Yang, y Koo (2009) realizaron un meta-análisis cuyos resultados sugieren que diversas formas de usar la hipnosis pueden ser útiles para reducir los síntomas depresivos.

McCann y Landes (2010) afirmaron que existen argumentos convincentes para la inclusión de la hipnosis en el conjunto de estrategias para el tratamiento de la depresión, aunque también señalan la escasez de investigación existente respecto al tratamiento de la depresión mediante hipnosis. Yapko (2010) también afirma que existen excelentes razones para utilizar la hipnosis en el tratamiento de pacientes con depresión. Una posible razón para su uso la encontramos en el estudio de Dobbin, Maxwell, y Elton (2009) en la que 58 pacientes depresivos se les da la opción de ser asignados a un grupo de auto-hipnosis, un

grupo de tratamiento con fármacos antidepresivos o ser asignados al azar. Así, 50 de los participantes eligieron la intervención con auto-hipnosis, frente a 4 que eligieron los antidepresivos, y 4 que no tenían preferencias, y fueron asignados por azar. Esto nos indica que existe una mayor motivación por una intervención hipnótica frente al tratamiento con antidepresivos. De cualquier forma, en la revisión de Stagg y Lazenby (2012) afirman que respecto a la hipnosis no existen suficientes estudios para considerarla un tratamiento de primera elección para pacientes depresivos, algo que resulta razonable si se la considera más como un coadyuvante que como única intervención.

Por último, Kirsch y Low (2013) afirman que el mejor predictor de la eficacia para el tratamiento de la depresión es la respuesta al placebo. Así, refieren que también puede demostrarse que una porción significativa del efecto placebo se basa en las expectativas. Esto indica, asumiendo que las expectativas explican buena parte de la varianza del efecto placebo, que la sugestión es un factor fundamental para el tratamiento de la depresión. De esta forma, concluyen que, dado que la hipnosis se basa en la utilización de la sugestión, es esperable que la utilización de la hipnosis como un adjunto del tratamiento produzca mejoras en este (Kirsch y Low, 2013).

### **1.5.3. ANSIEDAD**

La evidencia empírica con la que contamos nos indica que la hipnosis puede contribuir a la eficacia de la TCC. En su estudio, Schoenberger, Kirsch, Gearan, Montgomery, y Pastyrnak (1997) compararon una intervención cognitivo-comportamental para reducir la ansiedad a hablar en público con otra en la que se incluía la hipnosis como adyuvante. Ambos tratamientos contaban con reestructuración cognitiva y exposición en vivo. En uno de ellos se incluyó la hipnosis, que sustituía a la relajación presente en el otro grupo. Se les pidió a los participantes que improvisaran un discurso durante el cual tenían que

calificar su ansiedad en una escala. Las dos intervenciones produjeron una disminución de la ansiedad, pero en medidas conductuales y subjetivas durante el discurso, solo el grupo de hipnosis difería de la condición de no-tratamiento. Además, la ansiedad se disipó más rápidamente en los participantes que fueron hipnotizados que en los de la condición cognitivo-comportamental. Este es el único estudio en que la hipnosis como adyuvante a la terapia cognitivo-comportamental ha demostrado su superioridad en el tratamiento de la ansiedad respecto al no-tratamiento (Schoenberger, 2000).

Por otra parte, en un estudio de Van Dyck y Spinhoven (1997) se intentó comprobar si la combinación de exposición en vivo con una técnica hipnótica es más eficaz que la exposición sola para el tratamiento del miedo y la evitación agorafóbica. Los resultados mostraron que el grupo que recibió el tratamiento combinado de exposición e hipnosis no obtuvo mejores resultados que los del grupo que recibió el tratamiento de exposición únicamente. Asimismo, el tratamiento combinado no fue superior al de solo exposición en la prevención de abandonos. Los autores concluyen que la exposición en vivo es un procedimiento terapéutico de alta eficacia que es difícil mejorar y que funciona incluso en pacientes que se muestran reacios a dicho procedimiento. Las técnicas de relajación hipnótica y la imaginación no lo mejoran, pero si el paciente se muestra afín a estas, le resultará más agradable el tratamiento, por lo que será útil incluirlas en la intervención para la agorafobia (Van Dyck y Spinhoven, 1997).

Baker, Ainsworth, Torgerson, y Torgerson (2009) realizaron una revisión sistemática de ensayos controlados aleatorizados con el objetivo de evaluar la eficacia de la hipnosis en la reducción de la ansiedad ante los exámenes. Dichos autores encontraron cinco estudios que cumplían los criterios para ser incluidos en el estudio. Los resultados del meta-análisis sugieren que la hipnosis es moderadamente eficaz en la reducción de la ansiedad ante los



exámenes. De cualquier forma, se concluye que se necesita más investigación experimental para apoyar dicha conclusión (Baker et al., 2009). En esta misma línea, Golden (2012) afirma que se necesita más investigación, ya que hay una falta de estudios con una adecuada metodología que comparen intervenciones para reducir la ansiedad en relación a la hipnoterapia cognitivo conductual vs. terapia conductual o terapia cognitivo conductual.

Más recientemente, Dundas, Hagtvet, Wormnes, y Hauge (2013) realizaron un estudio para valorar si añadir auto-hipnosis mejora la eficacia de la terapia cognitivo conductual en relación a la reducción de la ansiedad ante los exámenes. El grupo experimental recibió una sesión de grupo de intervención cognitivo comportamental, y después fueron asignados de forma aleatorizada a dos condiciones: una, recibir dos sesiones más de intervención cognitivo comportamental, y otra, recibir dos sesiones de entrenamiento en auto-hipnosis. Se administraron pruebas para medir la ansiedad y auto-confianza, tanto en pre como en post tratamiento. Los autores concluyen que el entrenamiento en auto-hipnosis no mejora la efectividad de la intervención cognitivo comportamental, sino más bien al contrario dado que el grupo sin auto-hipnosis fue más eficaz en tres medidas.

Velloso, Duprat, Martins, y Scoppetta (2010) estudiaron la eficacia de la hipnosis en pacientes con claustrofobia que iban a ser sometidos a una resonancia magnética. En su estudio participaron 20 pacientes claustrofóbicos, de los cuales consideraron que 18 eran susceptibles de ser tratados con hipnosis. Concluyen que un 93,8% realizaron la prueba sin señales de claustrofobia y sin necesidad de tomar fármacos sedantes, considerando la hipnosis una alternativa a los fármacos sedantes para la realización de resonancia magnética (Velloso et al., 2010). Aun cuando los resultados resultan prometedores, se debe señalar el reducido número de participantes, la no presencia de grupo control y la selección de los

participantes que consideraron como hipnotizables, lo cual casi invalida los resultados de este estudio.

Como conclusión, Mellinger (2010) afirma que hay pocos estudios que hayan evaluado la eficacia de la hipnosis como un adjunto para la TCC en los tratamientos para la ansiedad. Todo ello es sorprendente, cuando buena parte de los procedimientos de la TCC para la ansiedad se basan en el uso de procedimientos muy similares a la hipnosis, como la desensibilización sistemática en imaginación, entrenamiento en imaginación emotiva, el entrenamiento en manejo de la ansiedad, entrenamiento en relajación contralada por señal, etc. (Denney, 1983), que son procedimientos que parecen haber surgido directamente de la hipnosis. O quizá sea precisamente por ello.

#### **1.5.4. ADICCIONES**

La primera referencia de la utilización de la hipnosis en el campo de las adicciones, sin tener en cuenta el tabaquismo (lo hemos incluido en otro punto ya que es el área de las adicciones que cuenta con mayor literatura en referencia a la hipnosis), data de 1889 donde se citan una serie de autoridades que tenían experiencia en el tratamiento del alcoholismo mediante hipnosis (Moll, 1889, citado en Edwards, 1966).

En relación al tratamiento del alcoholismo mediante hipnosis las revisiones que se han realizado indican que hay pocos estudios y los que existen tienen importantes limitaciones metodológicas (Abrams, 1964; Wadden y Penrod, 1981). Miller (1959, 1976) realizó un condicionamiento aversivo en relación a los efectos negativos del alcohol utilizando hipnosis. En su primer estudio refiere una tasa de abstinencia a los 9 meses de seguimiento del 83% con una muestra de 24 participantes con alcoholismo crónico. En su segundo estudio ya con

una muestra más extensa, 150 alcohólicos refiere una abstinencia del 62% a los 6 meses de seguimiento.

Pekala et al. (2004) realizaron un estudio con 300 participantes, en los que se incluían pacientes por abuso de alcohol y también de otras sustancias. Se dividieron en cuatro grupos una vez fueron dados de alta de un centro residencial: auto-hipnosis, terapia cognitiva transteórica, manejo del estrés (atención-placebo), o ningún tratamiento, a parte de las visitas que realizaba el grupo control. En los resultados refiere unas tasas de abstinencia altas, 87%, similares en los 4 grupos. Dicho estudio, no obstante, cuenta con importantes lagunas metodológicas: en el seguimiento solo se presentan datos de un 47% de los pacientes, o es muy corto (únicamente de dos meses), no se detalla la forma de asignación de los pacientes a cada grupo, y no existe ninguna medida objetiva, ya sea urinocontroles o pruebas de aire expirado para confirmar dicha abstinencia.

En otro tipo de problemas adictivos, como las denominadas adicciones sin sustancia, Lloret, Montesinos, y Capafons (2014) en un ensayo clínico de eficiencia sobre el tratamiento de jugadores patológicos, encontraron que el grupo que usaba hipnosis despierta redujo un 30% el número de sesiones necesarias, y se adhirió más a las actividades terapéuticas, mostrando la misma eficacia en el seguimiento que el grupo de no recibió intervención con hipnosis. No obstante, también existen deficiencias metodológicas, como no asignar aleatoriamente a los pacientes, y recibir un número diferente de sesiones, lo cual dificulta la interpretación de los resultados, si bien es cierto que es estudio de eficiencia y no de eficacia (Seligman, 1996).

En su revisión Gil-Delgado, González-Ordi, y Capilla-Ramírez (2012) refieren que hay poca evidencia de la eficacia de la hipnosis en el tratamiento de los trastornos por

consumo de sustancias. Destacan la necesidad de realizar más estudios con un mayor rigor metodológico.

Por último, cabría señalar el estudio de Molina (2001) donde propone cómo la hipnosis se puede incorporar a las estrategias cognitivo conductuales más frecuentemente utilizadas en el campo de las adicciones, y así, homogeneizar el tipo de intervención que debe aplicarse, creando un modelo general de inserción de la hipnosis en este tipo de tratamientos.

#### **1.5.4.1. Tabaquismo**

El uso de técnicas hipnóticas para dejar de fumar fue documentado por primera vez en 1847 (Green y Lynn, 2000). Schwartz (1987) realizó una exhaustiva revisión en relación a tratamientos para el tabaquismo, concluyendo que la hipnosis produce modestos resultados cuando se utiliza sola, pero cuando se combina con otros métodos las tasas de éxito mejoran.

Según la revisión de Green y Lynn (2000), la hipnosis se puede considerar como un tratamiento “posiblemente eficaz” para dejar de fumar de acuerdo con los criterios de Chambless y Hollon (1998). Las intervenciones hipnóticas se muestran más eficaces que la lista de espera o la condición sin tratamiento. Sin embargo, los procedimientos hipnóticos no han mostrado ser más eficaces que otros tratamientos y la evidencia de si la hipnosis aporta resultados mejores que los placebos es controvertida. Asimismo, en muchos estudios es difícil separar los efectos específicos de la hipnosis de los de las intervenciones cognitivo-comportamentales y educativas a las que se adjunta (Green y Lynn, 2000). Otra limitación de muchas investigaciones es que basan sus resultados en los informes verbales de los participantes respecto a su abstinencia, lo cual puede sobrestimar la eficacia del tratamiento,

como es el caso del estudio de N = 1 de Mendoza (2000), usando el Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta, que, si bien resultó exitoso según el informe verbal, no puede concluirse con fiabilidad el abandono del tabaco por parte de la paciente, ya que no se tomaron medidas biológicas. La inclusión de medidas bioquímicas de la abstinencia son esenciales para la obtención de resultados válidos (Green y Lynn, 2000). También conviene destacar que se han encontrado diferencias, en relación al sexo de los participantes, en el éxito de las intervenciones que incluyen la hipnosis para dejar de fumar, teniendo más éxito los hombres que las mujeres, resultado que también se da en intervenciones sin hipnosis (Green, Lynn, y Montgomery, 2008). Green y Lynn (2000) concluyen que la hipnosis es una estrategia adecuada para dejar de fumar desde el punto de vista coste/eficacia, por lo que se recomienda para eliminar el hábito de fumar, si bien esta afirmación no parece ser sustentada por evidencia confirmatoria, como indicamos más adelante.

Carmody et al. (2008) encontraron que la hipnosis como coadyuvante parece mejorar la eficacia de los parches de nicotina superando a los tratamientos educativos comportamentales.

Barnes et al. (2010) realizaron un meta-análisis revisando 11 estudios en los que al menos tuvieran 6 meses de seguimiento, llegando a la conclusión de que no hay suficiente evidencia para afirmar que la “hipnoterapia” produce mejores resultados que otras intervenciones o ningún tratamiento.

Por otro lado, Ayala-Corredor (2010), concluye, tras revisar la literatura sobre el tema, que la calidad de los estudios disponibles es limitada y que la mejor estrategia de tratamiento debe incluir una intervención multidimensional en la que se emplee sustitutivos de nicotina, técnicas comportamentales e hipnóticas, y estrategias para mantener la abstinencia a largo

plazo. Esto ya se realizó en el estudio de N = 1 de Mendoza (2000), por lo que cabría añadir que es necesario, además, el uso de medidas biológicas de abstinencia.

Tahiri, Mottillo, Joseph, Pilote, y Eisenberg (2012) realizaron un meta-análisis incluyendo estudios controlados y aleatorizados sobre diferentes estrategias para dejar de fumar, encontrando únicamente cuatro estudios sobre hipnosis y dejar de fumar que cumplían con tales criterios. Así, en relación a la hipnosis concluyen que es una técnica que puede ayudar a dejar de fumar, pero que se necesitan más estudios controlados para valorar la eficacia de la hipnoterapia, recomendando que estos resultados sean tomados con precaución.

Riegel (2013) realizó su estudio con 85 fumadores, los cuales eligieron el tipo de tratamiento, es decir, si asistían a terapia para dejar de fumar en grupo o individual, ambas mediante hipnosis. De esta forma, no fue el investigador el que decidió a qué grupo se asignaba a los fumadores, sino que fue en función de las preferencias de los participantes, considerándose esto un sesgo en la muestra. Los resultados mostraron unas tasas de abstinencia a los 3 meses de seguimiento del 19,6% para el tratamiento en grupo (consistió en 4 sesiones de 90 minutos) y del 13,8% para la intervención individual (3 sesiones de 90 minutos), teniendo en cuenta que más del 50% de los participantes de ambas condiciones no fueron localizados en el seguimiento por lo que se les consideró como fumadores. Dicha diferencia no fue estadísticamente significativa. En nivel de hipnotizabilidad no fue un predictor en relación a las tasas de abstinencia. Se concluye que el tratamiento en grupo con hipnosis para dejar de fumar es tan efectivo como las intervenciones individuales, por lo que recomienda el tratamiento en grupo para dejar de fumar. Dicho estudio presenta serias limitaciones, entre las que podemos destacar, la no presencia de grupo control y un seguimiento a muy corto plazo, además de considerar fumador a alguien de quien no se sabe nada.

Por otro lado, Hely, Jamieson, y Dunstan (2011) realizaron un estudio con siete fumadores a los que se aplicó TCC junto con hipnosis en un formato de auto-ayuda. Se concluye que el estudio proporciona una evidencia preliminar que apoya la eficacia de la combinación de la TCC y la hipnosis en un formato de auto-ayuda. De cualquier forma, en línea de lo comentado anteriormente se observan serias limitaciones metodológicas, como una reducida muestra y la ausencia de grupo control.

Más recientemente, Hasan et al. (2014) realizaron un estudio con 164 pacientes afectados de enfermedades pulmonares o cardíacas que fueron asignados de forma aleatorizada a una de estas tres condiciones para dejar de fumar: Terapia de sustitución de nicotina (TSN); hipnosis sólo (H); Hipnosis junto con terapia de sustitución de nicotina (HTSN). Los resultados mostraron una mayor tasa de abstinencia de la hipnoterapia en comparación con TSN tanto a las 12 semanas de seguimiento (43.9% vs. 28.2%;  $p = 0.14$ ), como a las 26 semanas (36.6% vs. 18.0%;  $p = 0.06$ ). Las tasas de abstinencia de HTSN y H fueron similares por lo que en dicho estudio añadir terapia de sustitución de nicotina a la hipnosis no mejoró los resultados. Por último, no hubo diferencias en tasas de abstinencia a las 26 semanas entre un grupo de 35 pacientes que renunciaron a la intervención y que intentaron dejarlo por ellos mismos, en comparación con cualquiera de los tres grupos de tratamiento ofertados.

En definitiva, a pesar de estos problemas metodológicos para establecer su eficacia, la hipnosis se considera, ingenuamente quizá, un procedimiento igual de eficaz que los existentes actualmente, con la ventaja de su eficiencia con menos costos que otras intervenciones, lo que se ve reflejado en su frecuente uso en la práctica clínica (Elkins, Marcus, Bates, Rajab, y Cook, 2006.; Elkins y Rajab, 2004; Green, 1996; Kraft, 2012; Lynn, Neufeld, Rhue, y Matorin, 1993; Mendoza, 2000; Molina y González-Ordi, 2001;

Riegel y Tönnies, 2011). Así, la hipnosis continua siendo uno de los métodos más populares para conseguir dejar de fumar (Lynn y Kirsch, 2006), si bien creemos que no hay evidencia empírica que sustente tales afirmaciones. Ello no quiere decir que más adelante pueda confirmarse el incremento de la eficacia y eficiencia promovidas por la hipnosis en los tratamientos de elección que son los psicológicos multicomponentes (Becoña et al., 2011).

### **1.5.5. TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS**

Flammer y Alladin (2007) analizaron sistemáticamente diversos estudios clínicos controlados y aleatorizados, sobre los que realizaron un meta-análisis para evaluar la eficacia de la hipnosis como única intervención en el tratamiento de los trastornos psicosomáticos. Los estudios incluidos en dicho meta-análisis compararon grupos tratados con hipnosis como la única técnica utilizada, excepto el tratamiento médico estándar, con grupos control de lista de espera. Aunque los autores concluyeron que, según su meta-análisis, la hipnosis es altamente eficaz en el tratamiento de los trastornos psicosomáticos, también indican que estos resultados no son concluyentes, y deberían ser valorados con precaución debido a las limitaciones de este estudio. Los autores señalaron algunas de ellas: en primer lugar, la carencia de una categoría distintiva de trastornos psicosomáticos en las clasificaciones tanto de la CIE-10 como del DSM-IV afecta a la interpretación del meta-análisis, así como el hecho de que no había estudios disponibles que cumplieran los criterios que evaluaran la eficacia de la hipnosis en el tratamiento del amplio rango de condiciones consideradas por los autores como trastornos psicosomáticos. Además, no se analizaron los efectos de factores como las diferencias en criterios diagnósticos, edad y gravedad de los síntomas sobre el resultado del tratamiento, porque los estudios seleccionados no aportaban suficiente información (Flammer y Alladin, 2007). Asimismo, los autores también señalaron que en los estudios incluidos en el meta-análisis, la hipnosis fue utilizada para el alivio de los síntomas,



dejando de lado otros componentes que pueden ayudar a los pacientes a afrontar los problemas psicosomáticos, como son los factores de mantenimiento, las cogniciones y las emociones (Flammer y Alladin, 2007). Por tanto, debería realizarse más investigación respecto a la eficacia de la hipnosis no solo en el tratamiento de los síntomas de los trastornos psicosomáticos, sino también en los otros componentes que pueden estar manteniendo este tipo de trastornos. Sin embargo, quizás los aspectos más problemáticos, según Mendoza y Capafons (2009), son que el informe de los datos de seguimiento a largo plazo no fue un criterio de inclusión en el meta-análisis, es decir, la medida de eficacia se circunscribe a los datos post intervención. Además, Mendoza y Capafons (2009) indicaron que los resultados que muestran los autores del trabajo acerca del tipo de hipnosis más eficaz (ericksoniana, tradicional y mixta) indican una relación inversa entre número de trabajos publicados y eficacia: es decir la menos investigada, la hipnosis ericksoniana aparecía como la más eficaz, seguida de la mixta y de la tradicional, ambas más investigadas y en ese mismo orden inverso a la anterior.

### **1.5.6. TRAUMA**

Aunque existen muchos informes anecdóticos y estudios de caso que afirman que la hipnosis tiene repercusiones en el tratamiento del trauma, solo un estudio (Brom, Kleber, y Defare, 1989) se acercaba a cumplir los criterios de Chambless y Hollon (1998) de acuerdo con la revisión de Cardeña (2000). Uno de los estudios de caso que recientemente se ha publicado Horley (2013) se refiere a como el hecho de adjuntar hipnosis al TCC produjo mejoras en el paciente una vez completada 7 sesiones. Así, aunque este estudio, junto con otros estudios de caso, como el de Chan (2012), en el que se muestra unos resultados prometedores, debe ser valorado con la cautela que supone un estudio de este tipo.

Brom et al. (1989) compararon los efectos de la hipnoterapia, la desensibilización sistemática y la psicoterapia psicodinámica en el tratamiento del estrés post-traumático. Las tres intervenciones mostraron ser más eficaces que el grupo control de lista de espera, tanto al final del tratamiento, como a los tres meses de seguimiento, si bien ninguna de las intervenciones fue superior a las demás. No obstante, el grupo de hipnosis necesitó menos sesiones de tratamiento que los otros grupos, siendo, junto con el de desensibilización sistemática, más eficaz que la terapia psicodinámica en el tratamiento de síntomas intrusivos (Brom et al., 1989).

Posteriormente, un estudio sobre el tratamiento del Trastorno de Estrés Agudo (Bryant et al., 2005) comparó la hipnosis como coadyuvante de la TCC, con la TCC sola, y con asesoramiento de apoyo. Al final del tratamiento, la más efectiva de las tres intervenciones en la mejora de los síntomas de re-experimentación fue la que incluyó hipnosis, aunque a los tres y seis meses de seguimiento fue equivalente al TCC solo. Ambas intervenciones fueron superiores que el asesoramiento de apoyo durante las tres veces que se evaluó la mejora en síntomas de estrés post-traumático y depresión.

Barabasz, Barabasz, Christensen, French, y Watkins (2013) concluyeron que la Terapia Abreactiva de Estado del Ego junto con hipnosis es más eficaz que el placebo para reducir el trastorno por estrés postraumático. Dichos resultados se mantuvieron en seguimientos a 18 semanas.

Teniendo en cuenta que las intervenciones utilizadas para tratar el trauma pueden llevarse a cabo fácilmente con hipnosis, y que los procedimientos hipnóticos pueden ayudar a modular e integrar recuerdos traumáticos (Cardeña, 2000), la hipnosis puede considerarse una intervención prometedora en la mejora de los síntomas post-traumáticos de las víctimas de eventos traumáticos. De hecho, existe un modelo heurístico que usa la hipnosis como

coadyuvante para tratar ese trastorno (Cardena, Maldonado, Van Der Hart, y Spiegel, 2008). Asimismo, en diversos estudios se ha demostrado que las personas que sufren estrés post-traumático son altamente hipnotizables (Spiegel, 2010), y por tanto, probablemente, se pueden beneficiar más de la hipnosis que otro tipo de pacientes (Spiegel, Hunt, y Dondershine, 1988; Stutman y Bliss, 1985), algo que no deja de ser discutible teniendo en cuenta la poca capacidad predictiva de la sugestionabilidad hipnótica en el éxito terapéutico cuando se incluye la hipnosis en una intervención más amplia.

No obstante teniendo en cuenta los resultados globales, solo puede concluirse que la hipnosis puede ser un coadyuvante interesante en este tipo de trastornos, pero que hace falta mucha más investigación y mejor controlada que la existente.

### **1.5.7. OBESIDAD**

Cuando la hipnosis se utiliza como coadyuvante de la TCC de la obesidad se considera como “posiblemente eficaz” (Schoenberger, 2000), basándose en los resultados del estudio de Bolocofsky, Spinler, y Coulthard-Morris (1985). En dicho estudio es en el que se ha combinado una mayor muestra, utilizándose una mejor metodología, llegando por tanto, a resultados más claros. Bolocofsky et al. (1985) compararon dos grupos de participantes, uno que recibió un programa de manejo comportamental (control de estímulos, relajación, registro diario del peso y reforzamiento del programa) y otro grupo que recibió el mismo programa más hipnosis. Las dos intervenciones constaron de 9 sesiones, una por semana. Al finalizar el tratamiento ambos grupos habían perdido una media de 9 libras de peso (4,08 Kg.), pero a los 8 meses y dos años de seguimiento, solo los participantes del grupo de hipnosis había seguido perdiendo peso y eran los que decían cumplir más las reglas del programa, lo que correlacionó con pérdida de peso (Bolocofsky et al., 1985).

Aún con los resultados alentadores del anterior estudio, se reconoció la necesidad de realizar más estudios con un alto rigor metodológico para conocer la eficacia de la hipnosis en esta área de intervención (Schoenberger, 2000).

Byom (2009) evaluó la eficacia de la hipnosis como un adjunto de un programa cognitivo conductual para el tratamiento de la obesidad. Así, se comparó la pérdida de peso entre los participantes que recibieron un TCC estándar, los que recibieron hipnosis además del TCC estándar (H-TCC), y un grupo de atención mínima donde se daba alguna información sobre nutrición y ejercicio (C). La intervención consistió en ocho sesiones de grupo de forma semanal, cada una de las cuales de 1,5 horas, donde el peso fue registrado al inicio de cada sesión. Los resultados muestran un gran tamaño del efecto ( $d = 0,85$ ) entre el H-TCC y C, un tamaño del efecto moderado ( $d = 0,61$ ) entre la TCC y C, y un pequeño tamaño del efecto ( $d = 0,28$ ) entre H-TCC y TCC. De este modo, tanto el grupo H-TCC, como el de TCC superaron al grupo de tratamiento mínimo, si bien se encontró solo un pequeño tamaño del efecto entre H-TCC y TCC. De esta forma, los resultados indican que el uso de la hipnosis mejora el TCC para la pérdida de peso. Así, concluye que una forma de aumentar la eficacia de TCC para la pérdida de peso es combinarlo con hipnosis, lo cual mejora la motivación y adhesión al tratamiento, aunque en futuras investigaciones se deben incluir datos de seguimiento para determinar si el uso de la hipnosis mejora el mantenimiento a largo plazo de la pérdida de peso (Byom, 2009). No obstante, el problema es que obesidad no es igual a exceso de peso, sino de grasa. La falta de otros indicadores como el porcentaje de grasa corporal, o el índice cintura-cadera, dificulta la interpretación de estos resultados.

Si unimos esto al estudio anterior, podríamos decir que la hipnosis es probablemente eficaz para incrementar la eficacia y eficiencia de la TCC para la reducción de la obesidad

Más recientemente, y desgraciadamente, Entwistle et al. (2014) en su revisión ponen el énfasis en la poca atención que ha recibido la hipnosis en el estudio de la eficacia para la reducción de peso desde el año 2000, resaltando la poca investigación formal existente. Por ello, tal y como se refería años atrás, la investigación sobre la eficacia de la hipnosis en el tratamiento de la obesidad todavía no es concluyente, los hallazgos de diversos estudios realizados son prometedores (Allison, Fontaine, Heshka, Mentore, y Heymsfield, 2001; Kirsch, Capafons, Cardeña, y Amigó, 1999; Pittler y Ernst, 2005; Vanderlinden y Vandereycken, 1994).

### **1.5.8. HIPNOSIS EN MEDICINA**

#### **1.5.8.1. Trastornos gastrointestinales**

Siguiendo con la revisión de Mendoza y Capafons (2009) y de Capafons y Mendoza (2010a), el síndrome de colon irritable es el trastorno funcional crónico más común en gastroenterología, caracterizado por dolor abdominal, diarrea y estreñimiento alternantes. Es un trastorno de etiología compleja, cuyo patrón de síntomas a menudo empeora con el estrés emocional, y conlleva sufrimiento emocional y físico que merman la calidad de vida de los pacientes, llegando a incapacitar a muchos de ellos. Los tratamientos médicos convencionales para este trastorno no son satisfactorios para más de la mitad de los pacientes, que muestran síntomas crónicos. Por ello, se ha estudiado el impacto terapéutico de otro tipo de tratamientos. El que hasta ahora, ha mostrado empíricamente ser más eficaz es la hipnosis como coadyuvante a la TCC. Diversos estudios han mostrado que el tratamiento con hipnosis tiene un impacto importante que dura años en la mayoría de los pacientes con síndrome de colon irritable, mejorando los síntomas intestinales, el bienestar psicológico y la calidad de vida, incluso de aquellos pacientes que no responden a los tratamientos médicos estándares

(Gonsalkorale, Houghton, y Whorwell, 2002; Gonsalkorale y Whorwell, 2005; Whitehead, 2006; Whorwell, 2006). Aunque los mecanismos mediante los cuales la hipnosis es eficaz en el tratamiento del síndrome de colon irritable no se conocen bien, la investigación al respecto indica que los efectos de la hipnosis se relacionan con los cambios en la sensibilidad colorrectal y la mejora de los factores psicológicos. Los efectos sobre la motilidad gastrointestinal y el sistema nervioso autónomo no están tan claros y requieren más investigación (Simren, 2006).

Los estudios del equipo de la Universidad de Manchester en el Reino Unido están investigando el uso de la hipnosis como coadyuvante para el tratamiento del síndrome de colon irritable desde 1980, habiendo integrado la hipnosis con éxito al servicio de gastroenterología de su hospital (Gonsalkorale, 2006; Whorwell, 2006). El tratamiento está estructurado en 12 sesiones durante un periodo de tres meses y la mayoría de los pacientes mejoran significativamente en cuanto a sus síntomas gastrointestinales y su calidad de vida (Gonsalkorale, 2006). Asimismo, en EE.UU. se ha desarrollado un tratamiento estandarizado de siete sesiones con hipnosis, el Protocolo de Carolina del Norte, que es el único que tiene un manual detallado en relación a la intervención. La validez del protocolo ha sido evaluada y ha mostrado beneficiar a más de un 80% de los pacientes (Palsson, 2006).

En este sentido, Webb, Kukuruzovic, Catto-Smith, y Sawyer (2007) afirman que la hipnoterapia es superior a los grupos control de lista de espera y a la medicación usada habitualmente en los pacientes que no responden a la terapia médica convencional en el síndrome de colon irritable.

En España se publicó un trabajo de estudio de caso, en el que la hipnosis se mostró útil para reducir el estrés, el número de deposiciones diarias y la intensidad del dolor

abdominal en un paciente aquejado de la enfermedad intestinal crónica de Crohn (Fernández-Méndez, Pérez-Vidal, y Fernández-Méndez, 2000).

Por último, Schaefer, Klose, Moser, y Häuser (2014) han realizado un reciente meta-análisis sobre la eficacia de la hipnosis en el síndrome de colon irritable en el cual incluyeron 8 ensayos controlados y aleatorizados con un total de 464 pacientes y con una media de sesiones de hipnosis de 8,5. Los resultados muestran que al finalizar la terapia, la hipnosis era superior a la condición control en el alivio adecuado de los síntomas y en las puntuaciones de síntomas gastrointestinales globales, mientras que en los seguimientos a largo plazo la hipnosis se mostraba nuevamente superior a los grupos controles en el alivio adecuado de los síntomas, pero no en la reducción de la puntuación gastrointestinal global. Así, concluyen que la hipnosis es un método seguro para el alivio adecuado de los síntomas a largo plazo de los pacientes con síndrome de intestino irritable refractario a la terapia convencional (Schaefer et al., 2014). Este resultado coincide con la opinión de algunos autores en que la mayoría de los estudios que incluyen hipnosis muestran unos resultados prometedores en la reducción de los síntomas del síndrome de colon irritable, por ello, es necesario más investigaciones que apoyen el uso de la hipnosis en este campo (Pajak, Lackner, y Kamboj, 2013).

#### **1.5.8.2. Diabetes**

El estudio de Xu y Cardeña (2007) presenta una revisión de la literatura empírica sobre la eficacia de la hipnosis en el manejo de la diabetes, y plantea el desarrollo de un protocolo multimodal con hipnosis para ayudar a los pacientes, tanto con los factores psicológicos, como fisiológicos, de este problema de salud. La diabetes puede considerarse como un estresor que agrava la condición del paciente (Diment, 1991). Por ello, la hipnosis

utilizada como un coadyuvante al asesoramiento para reducir estrés puede ser útil en el manejo de la ansiedad relacionada con la diabetes y el estrés de la vida cotidiana, y, por tanto, en la mejora del control metabólico en estos pacientes (Diment, 1991). Aunque, no se ha llevado a cabo ningún estudio a gran escala para evaluar la eficacia de la hipnosis en la reducción del estrés en pacientes diabéticos (Xu y Cardeña, 2007), existen razones para pensar que puede ser útil incluir la hipnosis en el tratamiento médico-psicológico de esta enfermedad. Por ejemplo, controlar el peso es un aspecto importante en la diabetes, pues es un factor de riesgo bien establecido, en especial para la diabetes tipo 2 (DT2) (Willett, Dietz, y Colditz, 1999), e incluso el propio manejo del estrés.

Los pacientes diabéticos padecen de insuficiencia circulatoria periférica que afecta sobre todo a los pies. Esta es debida a que los vasos sanguíneos se han visto dañados a causa de tener crónicamente valores altos de glucosa en sangre. También, la mala circulación sanguínea periférica lleva a que los pies sean más propensos a infecciones, y a que la cicatrización de las heridas sea más difícil (Xu y Cardeña, 2007). La hipnosis puede ser eficaz en el aumento del flujo sanguíneo y en el alivio del problema del pie diabético, pues el sistema vascular parece ser sensible a los estímulos psicológicos (Barber, 1985). En un estudio realizado por Galper, Taylor, y Cox (2003), la hipnosis como coadyuvante a la biorretroalimentación térmica resultó eficaz en el alivio de la angiopatía diabética. Por lo tanto, los efectos de la hipnosis en el tratamiento del pie diabético son prometedores pero, de nuevo, es necesaria más investigación para evaluar completamente su eficacia (Xu y Cardeña, 2007).

Otras áreas en las que la hipnosis se ha utilizado con pacientes diabéticos son la regulación de la glucosa en sangre (Vandenbergh, Sussman, y Titus, 1966) y la adhesión al



tratamiento (Ratner, Gross, Casas, y Castells, 1990), aunque tampoco existe suficiente investigación empírica en estas áreas.

Finalmente, Xu y Cardeña (2007) proponen el desarrollo de un programa multifacético para el tratamiento de la diabetes incluyendo sugerencias hipnóticas para aumentar la adhesión con los programas de ejercicio físico, de dieta y de cuidados médicos, para disminuir el estrés y favorecer la relajación, y para la regulación vascular térmica de los miembros distales, pero se debe insistir en el no conocimiento de investigación controlada sobre la eficacia de la hipnosis en esta temática, aun cuando la literatura científica muestra resultados prometedores a pesar de las limitaciones metodológicas existentes (Xu y Cardeña, 2007).

#### **1.5.8.3. Preparación a la cirugía**

Muchos pacientes consideran las intervenciones quirúrgicas como una fuente de estrés psicológico y fisiológico, experimentando altos niveles de ansiedad y malestar somático, antes, durante y después de los procedimientos médicos. La hipnosis se ha utilizado como coadyuvante a las intervenciones psicológicas para aliviar la ansiedad de los pacientes que son sometidos a estos procedimientos, como técnica adjunta a la analgesia farmacológica y para enseñar a los pacientes estrategias de afrontamiento ante la cirugía. También la hipnosis se ha utilizado para reducir la cantidad de medicación pre y post cirugía para el dolor, el sangrado y el tiempo de hospitalización, así como para facilitar el post-operatorio y la recuperación (Pinnell y Covino, 2000).

Montgomery, David, Winkel, Silverstein, y Bovbjerg (2002) llevaron a cabo un meta-análisis de estudios controlados que habían utilizado la hipnosis como coadyuvante de tratamientos cognitivo-comportamentales con pacientes de cirugía. Los autores encontraron que un 89% de los pacientes de cirugía se beneficiaban de las intervenciones con hipnosis

respecto a los pacientes en las condiciones de control (grupos solo cognitivo-comportamentales). Esto se reflejaba, tanto en las medidas de auto-informe, como en las objetivas, lo que sugiere que la hipnosis, como coadyuvante, ayudó a la mayoría de los pacientes a reducir las consecuencias adversas de las intervenciones quirúrgicas. En este sentido, no se encontraron diferencias según el método de administración de hipnosis utilizado. Estos resultados apoyan que la hipnosis es un procedimiento coadyuvante eficaz para un rango amplio de pacientes de cirugía (Montgomery et al., 2002).

En lo que respecta a la reducción de la ansiedad relacionada con los procedimientos médicos, la hipnosis junto con la imaginación guiada puede ser de bastante ayuda antes (Saadat et al., 2006), durante (Lang et al., 2000, 2006) y después (Huth, Broome, y Good, 2004) de dichos procedimientos.

Lang, Joyce, Spiegel, Hamilton, y Lee (1996) realizaron un estudio con una adecuada metodología en el que una breve intervención de auto-hipnosis y relajación durante los procedimientos radiológicos dio como resultado menos interrupciones en el procedimiento, siete veces menos unidades de medicamento y menos analgésicos auto-administrados que el grupo control sin hipnosis.

Faymonville, Meurisse, y Fissette (1999) revisaron 1.650 casos de cirugía en los que se utilizó la hipnosis como coadyuvante a diversos procedimientos realizados con sedación consciente, en lugar de hacerlos con anestesia general. Los autores encontraron que la hipnosis beneficiaba a los pacientes, ya que informaron tener menos molestias, una participación activa, una recuperación más rápida y una estancia en el hospital más corta después del procedimiento, comparados con los pacientes con los que se utilizó protocolos de anestesia estándares (Baglini et al., 2004; Faymonville et al., 1999).

En una investigación bien diseñada realizada por Lang et al. (2000) se comparó a tres grupos de pacientes que tenían que pasar por procedimientos renales y vascular-cutáneos. Uno recibió atención estándar, otro atención estructurada, y un tercero relajación mediante auto-hipnosis. Los resultados indicaron que los pacientes del grupo de hipnosis necesitaron menos tiempo para la realización de los procedimientos médicos, y su estabilidad hemodinámica se mostró mayor que la de los pacientes del grupo control de atención estructurada. Además, los pacientes de este último grupo, junto con los del grupo de hipnosis, necesitaron menos medicación que los de la condición de atención estándar.

Schnur, Kafer, Marcus, y Montgomery (2008) llevaron a cabo un meta-análisis con estudios aleatorizados sobre los efectos de la hipnosis para reducir el malestar emocional asociado a los procedimientos médicos. Los resultados indican que aproximadamente un 82% de los pacientes sometidos a dichos procedimientos que son tratados con hipnosis muestran niveles más bajos de malestar emocional comparados con los pacientes de la condición control. Estos resultados apoyan el uso de la hipnosis como intervención no farmacológica para la reducción del malestar emocional en estos pacientes.

Miller, Schnur, Montgomery, y Jandorf (2011) realizaron un estudio con 213 participantes donde estudiaron la percepción hacia la utilización de la hipnosis antes de la realización de una colonoscopia, prueba que según las investigaciones genera ansiedad anticipatoria y por ello una gran parte de afroamericanos y latinos no se someten a pruebas de *screening* de forma regular con esta prueba (Miller et al., 2011). Los resultados mostraron que un 69,9% de los participantes mostraron una percepción favorable hacia el uso de la hipnosis antes de la colonoscopia.

Teniendo en cuenta el desarrollo de nuevos procedimientos quirúrgicos que pueden llevarse a cabo mientras el paciente está despierto, la hipnosis como coadyuvante es una

intervención útil para reducir el dolor y el malestar psicológico de los pacientes sometidos a dichos procedimientos. Asimismo, existe evidencia de que la hipnosis es superior al cuidado médico estándar tanto en relación a calidad, como en costos (Lang et al., 2006; Lang y Rosen, 2002).

Recientemente, Tefikow et al. (2013) realizaron un estudio meta-analítico para determinar la eficacia de la hipnosis en adultos sometidos a procedimientos quirúrgicos o médicos en comparación con grupos de atención estándar o grupo control. En dicho meta-análisis se observaron unos efectos positivos del tratamiento en las siguientes variables: angustia emocional; reducción del dolor; menor consumo de medicamentos; mejor recuperación y disminución del tiempo del procedimiento quirúrgico. Por ello, concluyen que la hipnosis produce unos beneficios sobre diversos resultados relacionados con la cirugía. De cualquier forma, es importante que se destaque que la validez de los estudios es limitada por lo que se necesitan más estudios con un alto rigor metodológico para fortalecer la evidencia prometedora de la hipnosis para adultos sometidos a procedimientos de cirugía o médicos (Tefikow et al., 2013).

#### **1.5.8.4. Oncología**

La hipnosis se ha utilizado con pacientes de cáncer para ayudarles a manejar el dolor, disminuir la ansiedad relacionada con los procedimientos médicos y reducir la emesis e hiperémesis posterior a la quimioterapia (Pinnell y Covino, 2000; Néron y Stephenson, 2007).

En el estudio controlado aleatorizado de Lyles, Burish, Krozely, y Oldham (1982), se analizó la eficacia de la hipnosis en la reducción de las náuseas posteriores a la quimioterapia.

Un grupo recibió entrenamiento en relajación muscular progresiva e instrucciones para usar la imaginación guiada (de la manera detallada en que se utiliza la hipnosis) para el manejo de la ansiedad anticipatoria y la reducción de las náuseas tras el tratamiento con quimioterapia. Los grupos controles consistieron en una condición sin tratamiento y un grupo de contacto con el terapeuta. Los resultados indicaron que los pacientes de cáncer que recibieron el entrenamiento en relajación e imaginación guiada mostraron un mejor manejo de la ansiedad y tenían náuseas y vómitos significativamente menos graves y prolongados en su casa tras los tratamientos con quimioterapia.

Syrjala, Cummings, y Donaldson (1992) llevaron a cabo un estudio aleatorizado con pacientes de trasplante de médula espinal para evaluar la eficacia de la hipnosis en la reducción de las náuseas, la emesis y el dolor de después de la quimioterapia. Los autores encontraron que los pacientes del grupo de hipnosis mostraron reducciones significativas de la experiencia de dolor, mientras que los pacientes del grupo control no diferían en ninguna medida.

Spiegel y Moore (1997) en su revisión comentan un estudio aleatorizado, con un seguimiento a 10 años (Spiegel, Kraemer, Bloom, y Gottheil, 1989) e indican que las mujeres con cáncer que habían recibido un año de terapia grupal semanal expresiva y de apoyo, con hipnosis, mostraron un aumento significativo de la duración de la supervivencia. Asimismo, concluyen, revisando otros estudios, que también se produce un incremento del tiempo de la recurrencia a la muerte.

Montgomery et al. (2007) asignaron aleatoriamente a las pacientes que iban a someterse a cirugía de mama a dos grupos, uno de ellos recibió una sesión de hipnosis de 15 minutos antes de la intervención agresiva de exploración mamaria, y el otro una sesión en la que se les escuchaba de manera empática y no directiva. Los resultados mostraron que la hipnosis fue superior al grupo control de atención, ya que el grupo de hipnosis necesitó

menos consumo de propofol y lidocaína, informó de menor intensidad y molestias dolorosas, menos náuseas, fatiga y alteración emocional. Los autores concluyen que estos datos apoyan el uso de la hipnosis en pacientes con cáncer de mama que necesitan cirugía. Más aún, estos autores encontraron que se redujo el gasto por paciente en unos 700 dólares como promedio, debido a la reducción del tiempo de cirugía (una media de 10 minutos menos).

En el estudio de Schnur et al. (2008) se asignó aleatoriamente a pacientes que tenían que hacerse una biopsia escisional del pecho a dos grupos: uno recibió una sesión de hipnosis previa a la intervención quirúrgica, y el otro control se le aplicó una sesión de 15 minutos de atención. Los dos grupos eran equiparables en datos demográficos, variables médicas y malestar previo a la intervención evaluados el día de la operación. Los resultados, tras la intervención, indicaron que las pacientes del grupo de hipnosis tenía medias significativamente más bajas en malestar emocional pre-cirugía, estado de ánimo deprimido y ansiedad. Asimismo, mostraban medias más altas en relajación que las pacientes del grupo control. Todo ello llevó a los autores a concluir que una intervención breve previa a la operación puede ser un medio eficaz de controlar el malestar pre-cirugía en mujeres que tienen que pasar por este procedimiento quirúrgico encaminado a obtener o descartar un diagnóstico de cáncer de mama. En este sentido, estudios realizados por Montgomery et al. (2009) y Schnur et al. (2009) sugieren que en pacientes sometidos a radioterapia, la fatiga relacionada se estabilizó en el grupo que incluía H-TCC, mientras que el grupo control incrementó linealmente la fatiga, a medida que avanzaba la intervención médica. Más aún, las pacientes con cáncer de mama sometidas a radioterapia, y atendidas con H-TCC, redujeron el afecto negativo, y, además, incrementaron notablemente el positivo, respecto del grupo de solo atención médica.

Snow et al. (2012) analizaron si la aplicación de hipnosis en pacientes que van a ser sometidos a aspirado de la ósea o biopsia producía una reducción del dolor y de la sintomatología ansiosa. Los pacientes con cáncer fueron asignados al azar a la condición hipnosis o a grupo de atención estándar. La intervención con hipnosis redujo la ansiedad asociada con el procedimiento, pero la diferencia en las puntuaciones de dolor entre los dos grupos no fue estadísticamente significativa. Así, concluyen que la hipnosis administrada simultáneamente durante los aspirados y biopsias de médula ósea reduce la ansiedad del paciente, pero no puede controlar adecuadamente el dolor, aunque, en relación a este hallazgo, indican que el componente sensorial de la experiencia del dolor de un paciente puede ser de menor importancia que el componente afectivo (Snow et al., 2012).

Por otro lado, Jensen et al. (2012) administraron entre 4-5 sesiones de entrenamiento en auto-hipnosis a ocho mujeres con cáncer de mama que presentaban uno o más de los siguientes síntomas (dolor crónico, fatiga, sofocos, y dificultades para dormir). Los resultados revelaron que en el post-tratamiento se habían producido una disminución en la intensidad del dolor, la fatiga y los problemas del sueño. A los 6 meses de seguimiento la intensidad del dolor siguió disminuyendo, aunque hubo un ligero aumento en los problemas de severidad de fatiga y sueño en relación a los datos del post-tratamiento, si bien las puntuaciones no volvieron a los niveles previos al tratamiento. Los resultados proporcionan un apoyo inicial para el uso de la hipnosis para controlar síntomas en las mujeres con cáncer de mama, aunque afirman que se necesitan ensayos clínicos que evalúen la eficacia de la hipnosis por encima de otros tratamientos (Jensen et al., 2012).

Montgomery, Schnur, y Kravits (2012) en una posterior revisión sobre estudios meta-analíticos y ensayos aleatorizados afirman que la hipnosis tiene un efecto moderado en la mejora del dolor a largo plazo en pacientes con cáncer. Así, concluyen que en el tratamiento

del cáncer la hipnosis reduce el dolor, la ansiedad y la medicación durante las incisiones percutáneas en tratamientos tumorales (Montgomery et al., 2012).

Tefikow et al. (2013) refieren que están demostrados los beneficios en la utilización de la hipnosis para pacientes adultos con cáncer que son sometidos a intervenciones quirúrgicas u otros procedimientos médicos.

Snow (2014) analizó si una breve intervención con hipnosis producía una reducción en el dolor y menor sintomatología ansiosa en pacientes adultos sometidos a intervenciones de médula ósea (biopsia o aspiración). Se llevó a cabo un ensayo controlado aleatorizado, con un grupo de intervención (aplicación breve de hipnosis más tratamiento estándar) y un grupo control (tratamiento estándar). Dicho tratamiento estándar consistió en la aplicación de inyección de lidocaína, la cual se utilizó en ambos grupos. La muestra, 80 pacientes, fue obtenida del hospital *Mount Sinai Medical Center*, donde 41 fueron asignados al grupo de intervención y 39 al control. Los resultados mostraron unas puntuaciones significativamente menores en el grupo con hipnosis, sin embargo no se redujo la ansiedad asociada al procedimiento en el grupo de hipnosis.

Por último, Montgomery et al. (2014) realizaron un estudio controlado aleatorizado en el que compararon un grupo de TCC más hipnosis con un grupo control que recibió el mismo tiempo de atención. Los resultados apoyan que el grupo con hipnosis mostró niveles significativamente más bajos de fatiga al finalizar la radioterapia y en los seguimientos a las 4 semanas y los 6 meses. Estos resultados son consistentes con la literatura que apoya los beneficios de la TCC para controlar la fatiga relacionada con el cáncer. Así, concluyen que el tamaño del efecto del tratamiento en el que se adjunta la hipnosis es mayor que cuando se aplica la TCC sola.



### **1.5.8.5. Trastornos dermatológicos**

Existen diversos estudios anecdóticos sobre intervenciones hipnóticas que han tratado con éxito diferentes condiciones dermatológicas como eczema, ictiosis, verrugas y psoriasis (Ewin, 1992; Zachariae, Øster, Bjerring, y Kragballe, 1996). De estas, las más estudiadas han sido las intervenciones para la psoriasis y las verrugas. La psoriasis es un trastorno benigno inflamatorio de la piel agudo o crónico que se supone es debido a causas psiconeuroinmunológicas. En dos revisiones de la literatura se encontraron algunos informes de caso y un estudio experimental cuyos resultados apoyan los efectos beneficiosos de las intervenciones psicológicas en el tratamiento de la psoriasis (Winchell y Watts, 1988; Zachariae et al., 1996).

Por otra parte, existen estudios anecdóticos que informan de que la hipnosis reduce el picor y las molestas de las verrugas y produce cambios estructurales y reducción de las lesiones de la piel (Pinnell y Covino, 2000). La imaginación también ha sido asociada a la eliminación de verrugas. En un trabajo de Spanos, Stenstrom, y Johnston (1988) se observó un 50% de curación de los participantes que recibieron sugerencias hipnóticas. Además, los participantes que eliminaron la mayor parte de sus verrugas fueron los que tenían altas expectativas del éxito del tratamiento, así como una más alta viveza imaginativa sugerida. De esta manera, imaginación e hipnosis parecen ser métodos adecuados analizando costo-eficacia para reducir o eliminar verrugas (Lynn y Kirsch, 2006).

Asimismo, hay indicios esperanzadores de que la utilización de la hipnosis como un adjunto a otras estrategias psicológicas resulta útil para pacientes con acné y otros problemas dermatológicos (Shenefelt, 2004; Zachariae et al., 1996).

Barabasz, Higley, Christensen, y Barabasz (2009) investigaron el efecto de la hipnosis sobre la inmunidad y su relación con el mecanismo fundamental para la infección genital

causada por el virus del papiloma humano (VPH). Los tratamientos médicos actuales resultan muy invasivos, utilizándose (ácidos, congelación, cirugía), siendo las tasas de eliminación de verrugas entre un (30% a 70%), resultando muy habituales las recidivas. Barabasz et al. (2009) contrastaron la utilización de hipnosis frente a tratamiento médico. Ambas condiciones produjeron una reducción estadísticamente significativa ( $p < 0,04$ ) en superficies y en número de lesiones, sin embargo, a las 12 semanas de seguimiento, los resultados son mejores para el grupo de hipnosis (5 a 1 a favor de la hipnosis).

Willemsen, Haentjens, Roseeuw, y Vanderlinden (2011) trataron de comprobar la eficacia de la utilización de la hipnosis en pacientes con alopecia areata refractaria. Contaron con 21 participantes que recibieron 10 sesiones de hipnosis de forma individual durante aproximadamente 6 meses, donde el objetivo del estudio era analizar la evolución de los síntomas psicológicos que presentaban de forma comórbida. Al finalizar el tratamiento presentaban mejoras significativas en alexitimia, ansiedad y depresión. Dichas mejoras se mantuvieron en el seguimiento realizado 6 meses después de la finalización del tratamiento. Así, concluyen que la hipnoterapia puede ser eficaz para mejorar y mantener el bienestar psicológico y la calidad de vida en pacientes con alopecia areata refractaria, aun cuando también señalan como limitación la no inclusión de grupo control, el reducido número de la muestra y la alta motivación hacia el tratamiento de los participantes (Willemsen et al., 2011).

Por último, Shenefelt (2013) afirma que una inducción hipnótica en vivo seguida de imaginación autoguiada puede ayudar a reducir la ansiedad experimentada por muchos pacientes durante los procedimientos dermatológicos.

### 1.5.8.6. Asma

El asma es un trastorno inflamatorio de las vías respiratorias que causa ataques de sibilancias, dificultad para respirar, opresión en el pecho y tos. Las investigaciones con pacientes asmáticos han comparado la efectividad de tratamientos con hipnosis y broncodilatadores, y han evaluado la efectividad de las sugerencias por relajación, desensibilización, distracción y aumento del auto-control en diversas medidas de resultado como auto-informe de reducción de síntomas, utilización de los servicios médicos, y vuelta al trabajo (Pinnell y Covino, 2000).

El estudio con más participantes, controlado, aleatorizado y prospectivo es el realizado por la Asociación de Tuberculosis Británica (*Research Committee of the British Tuberculosis Society*, 1968). Se comparó la efectividad de la hipnosis y la relajación muscular progresiva en el tratamiento de 252 pacientes con asma. Los pacientes del grupo de hipnosis informaron de tener significativamente menos resuellos sibilantes y un menor uso de medicación al finalizar el tratamiento y, según los médicos, mejoraron más que los pacientes del grupo de relajación. Conviene destacar que se observó una reducción de síntomas mayor entre mujeres con asma que entre hombres. Este mismo resultado se obtuvo también en el estudio de Ben-Zvi, Spohn, Young, y Kattan (1982).

Por otra parte, los resultados de los estudios de Ben-Zvi et al. (1982) y de Ewer y Stewart (1986) apoyan los efectos de la hipnosis en la mejora del funcionamiento pulmonar en los pacientes asmáticos, pero solo en pacientes altos y medios en hipnotizabilidad. En esta misma línea, y siguiendo el paradigma más común de intervención con hipnosis en la que a los pacientes se les sugiere que están inhalando una sustancia broncodilatadora, que de hecho es un gas inerte o aire del propio ambiente, se ha observado que los pacientes más hipnotizables son más propensos a mostrar una mejora en la función pulmonar (Leigh,

MacQueen, Tougas, Hargreave, y Bienenstock, 2003), aun cuando la mejora con hipnosis va más en línea de los resultados que autoinforman, que de la propia mejora de la función pulmonar que suele resultar muy pequeña (Hackman, Stern, y Gershwin, 2000; Wechsler et al., 2011).

Brown (2007), en una revisión de estudios controlados de la hipnosis como terapia basada en la evidencia, afirma que la hipnosis es “posiblemente eficaz” para el tratamiento de síntomas y conductas relacionadas con el asma y es “eficaz” para el manejo de estados emocionales que exacerban la obstrucción de las vías respiratorias. Asimismo, se muestra “posiblemente eficaz” en la disminución de la obstrucción de las vías respiratorias y en la estabilización de la hiper-respuesta respiratoria en algunas personas, pero no hay evidencia suficiente de que la hipnosis afecte a los procesos inflamatorios del asma. Por tanto, es necesario replicar estos resultados con muestras mayores y mejores diseños experimentales, prestando especial atención a los tipos de sugerencias hipnóticas utilizadas. Lo más importante es conocer cómo usar la hipnosis. Por último, quedan pendientes cuestiones respecto a la contribución de las expectativas, la hipnotizabilidad, la inducción hipnótica y las sugerencias específicas (Brown, 2007).

Zobeiri, Moghimi, Attaran, Fathi, y Ashari (2009) llevaron a cabo un estudio con 40 pacientes asmáticos no fumadores que fueron asignados a grupo de auto-hipnosis o a un grupo control en el que se les decía que siguieran tomando su medicación normalmente. Se llevaron a cabo medidas fisiológicas, ya que se realizaron espirometrías. Se produjeron cambios significativos en el grupo de auto-hipnosis en relación a los síntomas de disnea, no así en otras variables relacionadas con la función pulmonar. Por ello, concluyen que la auto-hipnosis es una técnica efectiva para mejorar síntomas del asma, pero no muestra mejoras significativas en la función pulmonar, al menos a corto plazo (Zobeiri et al., 2009).

En la reciente revisión de Ritz, Meuret, Trueba, Fritzsche, y von Leupoldt (2013) afirman que una más alta hipnotizabilidad del paciente, junto con terapeutas más experimentados, y el uso adicional de técnicas de auto-hipnosis parecen mostrar mejores resultados, aun cuando añaden que el potencial de las técnicas sugestivas para este tipo de intervenciones no se ha explorado completamente todavía.

#### **1.5.8.7. Inmunología**

Algunos estudios han informado de la capacidad de la hipnosis para aumentar el funcionamiento inmune (Bakke, Purtzer, y Newton, 2002; Kiecolt-Glaser, Marucha, Atkinson, y Glaser, 2001; Wood et al., 2003). Dado que se ha utilizado un número bajo de participantes y pocos parámetros de inmunología, habría que replicar y ampliar estos resultados. Asimismo, no está claro qué aspecto en concreto de los que forman parte del fenómeno hipnótico explica estos efectos, ni si son lo suficientemente importantes y duraderos en el tiempo para influir en la salud de la persona a largo plazo (Neumann, 2005). Sin embargo, teniendo en cuenta que no es común que las intervenciones psicológicas tengan efectos sobre medidas del sistema inmune, un tamaño del efecto, aunque sea pequeño, sobre la función inmune tiene importantes implicaciones clínicas (Montgomery y Schnur, 2005).

#### **1.5.8.8. Hipertensión**

La hipnosis como adyuvante a la TCC se ha utilizado para el tratamiento de la hipertensión (Lynn et al., 2000). En un estudio piloto, Raskin, Raps, Luskin, Carlson, y Cristal (1999), compararon tres grupos de pacientes hospitalizados. Uno aprendió auto-hipnosis, otro recibió la misma atención y tiempo, pero sin un procedimiento específico de relajación, y un tercer grupo fue evaluado sin ser intervenido. En el seguimiento se

observó que los pacientes del grupo de hipnosis mostraron un mayor descenso en la presión diastólica, seguidos del grupo de solo atención y, por último, de los que no recibieron intervención. Estos resultados sugieren que añadir hipnosis al tratamiento médico estándar de la hipertensión puede ser beneficioso (Raskin et al., 1999). Posteriormente, Gay (2007) utilizó la hipnosis para reducir la hipertensión de los participantes y comparó los resultados con un grupo control sin tratamiento. Se observó que la hipnosis es eficaz en la reducción de la presión sanguínea tanto a corto, como a medio y largo plazo (seguimiento de un año) (Gay, 2007).

#### **1.5.8.9. Otorrinolaringología**

Según la literatura, la hipnosis puede ser de ayuda en el alivio del tinitus (la percepción de sonido en el oído humano en ausencia del correspondiente sonido externo), aunque es necesario realizar más investigación para establecer su eficacia. Attias, Shemesh, Shoham, Shahar, y Sohmer (1990) compararon la eficacia de la auto-hipnosis en pacientes con tinitus con dos grupos control. Los autores encontraron que el 73% de los pacientes del grupo de auto-hipnosis informó de la desaparición del tinitus durante las sesiones de tratamiento. Además, el grupo de hipnosis fue el único que mostró una mejora significativa en el perfil de síntomas de tinitus a medio plazo (2 meses).

Igualmente, Attias et al. (1993) compararon la eficacia de la auto-hipnosis, el *masking* (aparato que produce *white noise* como distractor que enmascara el sonido que le molesta al paciente) y el prestar atención a las quejas del paciente en el alivio del tinitus. Los resultados mostraron que la auto-hipnosis redujo significativamente la intensidad del tinitus, ya que los pacientes de este grupo informaron de una mejora significativa en 7 de 10 síntomas molestos comparados con las otras condiciones del estudio. Ross, Lange, Unterrainer, y Laszig (2007) analizaron los efectos terapéuticos de la hipnosis en el tinitus subagudo y crónico en un

estudio longitudinal controlado con una muestra de 393 pacientes. Los resultados al final del tratamiento revelaron mejoras muy significativas en los pacientes. Los autores concluyeron que un tratamiento de 28 días que incluya hipnosis puede ser significativamente útil en la reducción de las molestias del tinnitus, así como en la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud de estos pacientes.

En un estudio longitudinal no aleatorizado (Maudoux, Bonnet, Lhonneux-Ledoux, y Lefebvre, 2007) aplicaron una intervención hipnótica a 49 pacientes con tinnitus crónico. Los resultados mostraron que todos los pacientes informaron sobre la capacidad para modular su tinnitus mediante auto-hipnosis, ya que las puntuaciones de todos ellos en un cuestionario de tinnitus disminuyeron significativamente. Aunque estos resultados tienen que ser replicados y comparados con un grupo control, este estudio clínico, junto con los otros estudios mencionados, indican que la hipnosis es una técnica prometedora en el tratamiento del tinnitus.

#### **1.5.8.10. Odontología**

La hipnosis tiene diversas aplicaciones en odontología. En su revisión, Chaves (1997) indicó que, además de ayudar a los pacientes a relajarse y a afrontar los procedimientos dentales estresantes y la ansiedad fóbica a las inyecciones y otras intervenciones dentales, la hipnosis puede ser importante en las siguientes áreas de la práctica odontológica: mejora de la tolerancia de las prótesis ortodónticas o prostéticas; modificación de los hábitos orales no adaptativos; reducción del uso de la medicación anestésica, analgésica y sedante; complementación o sustitución de la medicación previa a la cirugía; control de la salivación y el sangrado; intervención terapéutica en síndromes de dolor facial crónico como los trastornos temporo-mandibulares; como complemento al uso del óxido nítrico; y aumento de la adhesión a las recomendaciones de higiene personal (Chaves, 1997).

Para cada una de estas áreas existen estudios empíricos y anecdóticos que apoyan los beneficios de usar hipnosis como técnica adjunta en odontología, sin sustituir la anestesia local. Las áreas en las que hay menos apoyo empírico son la mejora de la tolerancia a los aparatos ortodónticos y prostodónticos, y como suplemento o sustituto de la medicación previa a la cirugía, aunque la evidencia disponible justifica que se realice más investigación (Lynn y Kirsch, 2006).

La mayor parte de los estudios empíricos se han centrado en el uso de la hipnosis para reducir la ansiedad, tratar fobias y aliviar síndromes de dolor crónico. En un estudio realizado en Hungría (Fabian, 1995) se estudiaron 45 casos de práctica odontológica en los que la hipnosis mostró ser un método adicional útil para reducir la ansiedad en un 84.4%. Otro estudio (Eitner et al., 2006) evaluó la eficacia de la hipnosis en 45 pacientes ansiosos que tenían que someterse a cirugía maxilofacial. Para ello se utilizaron medidas subjetivas y los siguientes parámetros objetivos: EEG, ECG, ritmo cardíaco, presión arterial, saturación del oxígeno en sangre, ritmo de respiración, concentración de cortisol en saliva y temperatura corporal. Después del tratamiento, se comprobó que la hipnosis ayudó a los participantes a mostrar una reducción significativa de la presión arterial sistólica y del ritmo de la respiración, así como cambios significativos en el EEG. Además, el nivel subjetivo de relajación aumentó al tiempo que disminuyeron las reacciones de ansiedad neurofisiológicas (parámetros vitales). Los autores concluyeron que la hipnosis influyó, tanto en las reacciones psicológicas, como en las fisiológicas de la ansiedad dental durante la cirugía, y estos resultados tuvieron efectos a largo plazo para futuros tratamientos (Eitner et al., 2006). Posteriormente, Gordon, Heimberg, Tellez, e Ismail (2013) revisaron 22 ensayos aleatorizados sobre la ansiedad ante procedimientos dentales que fueron publicados entre 1974 y 2012. Se revisaron diversas estrategias, entre ellas la TCC y la hipnosis. Se concluye que la TCC es la que tiene una mayor evidencia de eficacia. En relación a la hipnoterapia se



indica que requiere más estudios en ensayos aleatorios para poder llegar a conclusiones sobre su eficacia (Gordon et al., 2013). Este resultado es esperable, pues la hipnosis, como venimos indicando a lo largo de nuestra exposición, funciona bien, en general, como coadyuvante, no como única intervención.

En relación a la hipersensibilidad dental, Eitner, Bittner, Wichmann, Nickenig, y Sokol (2010) compararon la eficacia de los tratamientos convencionales frente a la hipnosis. Ambos métodos mostraron resultados similares en relación a la mejora de los 102 participantes, además afirmaban que la hipnosis producía una mejora más duradera en el tiempo, por lo que concluyen que la hipnosis es un método tan efectivo como otros médicos que se utilizan para la hipersensibilidad dental (Eitner et al., 2010).

También se ha estudiado la eficacia de la hipnosis para reducir el dolor orofacial persistente. Baad-Hansen, Abrahamsen, Zachariae, List, y Svensson (2013) realizaron un estudio en el que participaron 41 pacientes con dolor orofacial persistente que fueron asignados de forma aleatoria a una de estas dos condiciones: hipnosis, en los que se aplicaba sugerencias de analgesia hipnótica, o un grupo de relajación. Los resultados mostraron que la hipnosis no produjo unas reducciones significativas en la sensibilidad somatosensorial en comparación con el grupo de relajación, aun cuando la hipnosis sí tuvo una influencia en la reducción del dolor clínico que manifestaban los participantes del estudio.

Respecto a la utilización de hipnosis para la realización de cirugía en implantes dentales, contamos con el estudio de Eitner, Sokol, Wichmann, Bauer, y Engels (2011) en el que participaron 82 pacientes donde el objetivo era comprobar si la hipnosis reduce la ansiedad para este tipo de procedimientos. Los participantes del grupo de hipnoterapia que fue aplicada a través de un audio mientras se les realizaba la intervención redujeron las puntuaciones en el cuestionario que se les aplicó de miedo al tratamiento dental, mientras el

grupo control aumentó ligeramente las puntuaciones, siendo las diferencias estadísticamente significativas en relación a ambos grupos. Durante la cirugía, la presión arterial y cardíaca disminuyó en el grupo de hipnoterapia y aumentó en el control (Eitner et al., 2011). En otro estudio, donde la aplicación de la hipnosis fue también a través de un audio, Mackey (2010) trató de evaluar el uso de la hipnosis como adjunto a la sedación administrada de forma intravenosa en pacientes que se les sometía a eliminación quirúrgica del tercer molar de forma ambulatoria. Los 46 pacientes que participaron en el estudio fueron asignados aleatoriamente a un tratamiento en el que durante todo el procedimiento quirúrgico escuchaban una inducción rápida acompañada de sugerencias terapéuticas más una dosis estándar de sedación administrada de forma intravenosa, y otros 54 pacientes que fueron asignados al grupo control recibían la sedación estándar, pero no había ninguna intervención hipnótica, sino que únicamente escuchaban música. Se concluye que el dolor referido de los pacientes en el postoperatorio y el consumo de analgésicos fueron más reducidos en el grupo de tratamiento con hipnosis en comparación con el grupo control (Mackey, 2010).

Dentro de los trastornos de dolor crónico tratados en odontología, están los trastornos temporo-mandibulares, considerados como una disfunción biopsicosocial producidos por unos patrones no funcionales de apretar y tensar los dientes, incluso hacerlos rechinar (que tiene lugar a menudo sin ser consciente de ello) típicamente generados por el estrés psicológico (Simon y Lewis, 2000). El tratamiento médico y odontológico habitual es útil para la mayoría de los pacientes, pero se estima que un 23% no responde a estos tratamientos (Clark, Lanham, y Flack, 1988). Así, se han incorporado técnicas comportamentales al tratamiento de los trastornos temporo-mandibulares que han mostrado beneficiar a los pacientes (Dworkin, 1997). Una de estas técnicas es la hipnosis, ya que ha mostrado su eficacia en el tratamiento del dolor en general. El trabajo de Simon y Lewis

(2000) evaluó la eficacia de la hipnosis en pacientes con trastornos temporo-mandibulares que no han respondido al tratamiento médico habitual. Después del tratamiento, los pacientes de este estudio mostraron un descenso significativo de los síntomas habiéndose reducido la frecuencia, duración e intensidad del dolor producido por el trastorno temporo-mandibular. Asimismo, los participantes informaron de una mejoría en su funcionamiento general diario y de una reducción en la frecuencia de consultas médicas. Aunque por medio de este estudio no se pueden obtener conclusiones absolutas, las ganancias del tratamiento no se pueden considerar producidas por la remisión espontánea, ya que no hubo cambios en el grupo de lista de espera. Además, estos resultados se mantuvieron durante los 6 meses de seguimiento, y, puesto que los participantes que mejoraron eran aquellos que no habían respondido al tratamiento médico habitual, tienen una gran relevancia clínica (Simon y Lewis, 2000). Los resultados sugieren, pues, que la hipnosis tiene un valor prometedor en el tratamiento de estos trastornos. En un estudio más reciente Ferrando et al. (2012) compararon un programa multicomponente de intervención cognitivo comportamental al que se le añadió intervención con hipnosis, con un grupo de atención estándar en pacientes con trastorno temporomandibular. Estos autores encontraron que un 90% de los pacientes del grupo en el que se adjuntó la hipnosis a la intervención psicológica reportaron una reducción en frecuencia del dolor y un 70% redujeron el estrés emocional. Estas mejoras son estables en el tiempo, no encontrándose diferencias significativas entre los resultados del post-tratamiento y del seguimiento realizado a los nueve meses.

Por último Facco, Manani, y Zanette (2012) afirman que los beneficios de la hipnosis en comparación con la sedación farmacológica residen en su capacidad para ayudar a los pacientes a disminuir su ansiedad dental. Así, mientras que la sedación farmacológica solo proporciona un alivio temporal y ayuda al paciente a hacer frente a un procedimiento único,

la hipnosis permite un efecto sedación fisiológico al igual que reduce otros componentes de ansiedad para los procesos odontológicos (Facco et al., 2012).

### **1.5.9. PEDIATRÍA**

Dado que los niños se consideran más sugestionables que los adultos y que existe una gran cantidad de literatura empírica que indica la utilidad de la hipnosis para el tratamiento de los problemas de los adultos, parece plausible pensar que la hipnosis clínica sea igual o más potente en el tratamiento de los niños. Sin embargo, la investigación de su eficacia en la infancia todavía está en pleno desarrollo, por lo que abundan en la literatura estudios no controlados y estudios de caso, que más bien cumplen la función de indicar las áreas relevantes de estudio hacia las que hay que enfocar la investigación futura (Milling y Costantino, 2000).

Contamos con un estudio que cumple los criterios de Chambless y Hollon (1998) y establece que la aplicación de la hipnosis para tratar la enuresis nocturna infantil es un tratamiento “posiblemente eficaz” (Edwards y Van Der Spuy, 1985). Banerjee, Srivastav, y Palan (1993) realizaron un estudio en el que compararon la imipramina frente a la intervención con hipnosis en niños con enuresis, los resultados mostraron que ambos tratamientos eran igualmente eficaces durante los tres primeros meses, aunque a los seis meses de seguimiento las tasas de éxito eran muy superiores en el grupo de hipnosis vs. imipramina (69% vs. 24%).

Por otra parte, la hipnosis se ha aplicado para tratar una amplia variedad de problemas en niños. En la revisión de Milling y Costantino (2000) se describieron los estudios controlados publicados hasta aquella fecha. Dentro de los problemas de aprendizaje de los

niños, se ha aplicado la hipnosis en la ansiedad relacionada con los exámenes. Stanton (1994) aplicó auto-hipnosis a un grupo y lo comparó con otro grupo que recibió el mismo tiempo de atención y estrategias para reducir la ansiedad ante los exámenes. El grupo de auto-hipnosis puntuó significativamente más bajo en un cuestionario de ansiedad ante los exámenes en el post-tratamiento y en el seguimiento a los seis meses (Stanton, 1994).

También los clínicos han informado de algunos resultados al aplicar la hipnosis para mejorar el rendimiento académico en niños con discapacidades de aprendizaje (Crasilneck y Hall, 1985; L. S. Johnson, Johnson, Olson, y Newman, 1981), aunque con pocos estudios controlados para establecer su eficacia. Aviv (2006) describe la mejora que se produce aplicando hipnoterapia en adolescentes que se niegan a ir al colegio, aunque su estudio presenta un muestra muy reducida, doce casos.

A pesar de la elevada prevalencia de trastornos de ansiedad en la infancia, los cuales se encuentran entre los tres principales trastornos más prevalentes en salud mental (Perou et al., 2013) existe una escasez de información sobre el uso de la hipnosis durante la infancia (Kaiser, 2011; Kohen y Olness, 2011; Wester, 2012), siendo en muchas ocasiones estudios de caso los que se han abordado.

Por otro lado, al igual que con adultos, se ha visto que las intervenciones hipnóticas al reducir los efectos del estrés contribuyen a fortalecer el funcionamiento inmunológico también en niños (Olness, Culbert, y Uden, 1989). Asimismo, la hipnosis se ha aplicado a problemas médicos pediátricos en general. En el caso de problemas respiratorios, se ha utilizado en casos de fibrosis quística, que es un trastorno genético que produce el mal funcionamiento del sistema exocrino, afectando a los pulmones y produciendo graves problemas respiratorios. Belsky y Khanna (1994) aplicaron auto-hipnosis a un grupo de pacientes con fibrosis quística. Los resultados mostraron que, comparado con el grupo

control, el grupo de hipnosis mostró una mejora significativa en la función pulmonar, la autoestima, la ansiedad-estado, la salud y el locus de control.

También cabe destacar el estudio de Anbar y Hummell (2005) en el que informan de la experiencia durante tres años dentro de un centro pediátrico para problemas pulmonares, en el que se utilizó auto-hipnosis para mejorar síntomas de ansiedad, asma, dolor en el pecho, disnea, hábito de toser, hiperventilación y disfunción de las cuerdas vocales. Un 82% de los pacientes informaron de la mejora o resolución de estos problemas.

En los casos de cáncer infantil, la quimioterapia es uno de los tratamientos de elección, pero tiene efectos secundarios muy desagradables como náuseas y vómitos que pueden llevar a los pacientes al abandono del tratamiento (Milling y Costantino, 2000). La hipnosis se ha utilizado para aliviar estos síntomas. En concreto los procedimientos de hipnosis centrados en la imaginación. Zeltzer, Dolgin, LeBaron, y LeBaron (1991) compararon tres grupos, uno tratado con hipnosis centrada en la imaginación, otro que aprendió técnicas de distracción y un grupo control que tuvo una cantidad equivalente de tiempo dedicado a conversación. Los resultados mostraron que los niños informaban de una duración más corta de las náuseas en los grupos de hipnosis y de distracción que el grupo control, y de una duración más corta de los vómitos en la condición de hipnosis que en la condición control. En general, estos resultados sugieren que la hipnosis centrada en imaginación produce un gran alivio en los efectos secundarios de la quimioterapia (Zeltzer et al., 1991).

En otro estudio, Jacknow, Tschann, Link, y Boyce (1994) compararon la eficacia de la hipnosis respecto al tratamiento médico estándar (medicación antiemética). Tras la intervención, los episodios de náuseas y vómitos fueron equivalentes en todas las condiciones, pero los controles necesitaron significativamente más medicación antiemética

que los niños del grupo de hipnosis, además los pacientes del grupo de hipnosis experimentaron significativamente menos náuseas anticipatorias que los niños del grupo control. Este estudio, junto con el de Zeltzer et al. (1991), proporciona apoyo a los beneficios de la hipnosis, tanto si se administra en un formato tradicional, como en uno orientado a la imaginación en el alivio de los efectos secundarios de la quimioterapia en pacientes oncológicos pediátricos (Milling y Costantino, 2000).

Richardson et al. (2007) revisaron, mediante un meta-análisis, la eficacia de la hipnosis para tratar las náuseas y los vómitos inducidos por la quimioterapia en niños. Los resultados revelaron un tamaño del efecto mayor del tratamiento con hipnosis comparado con el tratamiento habitual, y el efecto fue comparable al obtenido mediante la TCC. Aunque es necesario realizar más investigación con rigor metodológico, los autores concluyen que la hipnosis puede ser una intervención clínicamente valiosa para las náuseas y vómitos anticipatorios e inducidos por la quimioterapia en niños. En general, se puede afirmar que la hipnosis en oncología pediátrica tiene potencial como una intervención eficaz para el alivio del dolor y del malestar que se produce por los procedimientos médicos (Richardson, Smith, McCall, y Pilkington, 2006; Tome-Pires y Miró, 2012).

Respecto al alivio del dolor se han realizado varios estudios para evaluar su eficacia en niños. La mayoría de estos trabajos se han enfocado hacia el dolor y el malestar que sufren los niños que necesitan procedimientos médicos dolorosos, como son las aspiraciones de médula y las punciones lumbares. Kuttner, Bowman, y Teasdale (1988) compararon el alivio durante aspiraciones de médula en un grupo de hipnosis con un grupo de distracción y otro control. Dichos autores, encontraron diferencias significativas en la reducción de dolor y ansiedad evaluados por un observador en los grupos de hipnosis y de distracción de niños de 7 a 10 años, y en el grupo de hipnosis de niños de 3 a 6 años. Sin embargo, no hubo

diferencias en las medidas de dolor y ansiedad auto-informados. Aunque estos resultados son un tanto contradictorios, sugieren que la intervención con hipnosis fue la que produjo más alivio en ambos rangos de edad. El estudio de Zeltzer y LeBaron (1982) comparó la eficacia de la hipnosis centrada en la imaginación con la distracción para el alivio del malestar producido por aspiraciones de médula y punciones lumbares. Los resultados mostraron que la hipnosis fue significativamente más eficaz que la distracción en reducir el dolor y la ansiedad durante estos procedimientos médicos.

Estos estudios sugieren que la hipnosis puede ayudar a los niños que tienen que someterse a procedimientos médicos dolorosos y estresantes (Milling y Costantino, 2000). Lobe (2006) evaluó si la hipnosis aplicada antes y después del procedimiento quirúrgico de Nüss (corrección por videotoracosopia) para el *pectus excavatum* podía reducir el tiempo de estancia en el hospital tras la intervención, así como el uso de analgésicos. El *pectus excavatum* es una deformidad de la caja torácica en la que el pecho queda hundido, posiblemente debido a un excesivo desarrollo de los cartílagos inferiores junto con la fibrosis anterior del diafragma. Los niños con este problema tienen dolor en el pecho, intolerancia al ejercicio físico y dificultades para respirar. Los resultados de este estudio mostraron que los pacientes del grupo de hipnosis estuvieron una media de 2.8 días en el hospital comparados con los 4.6 días que estuvieron los niños del grupo al que no le aplicaron hipnosis. También los niños del grupo de hipnosis utilizaron menos narcóticos y controlaron las molestias post-operatorias con solo analgésicos orales (Lobe, 2006).

Kohen (2010) realizó un estudio con 178 jóvenes que fueron remitidos a intervención con hipnosis para reducir sus dolores de cabeza. En el seguimiento que se realizó transcurrido más de un año, los resultados mostraron que el 85% reportó alivio continuo con la auto-hipnosis, el 44% informó de que habían disminuido la frecuencia de los dolores de cabeza, el



31% señaló que había disminuido la gravedad de los episodios de dolor de cabeza y el 56% señaló que la auto-hipnosis reduce la intensidad del dolor de cabeza. Así, se concluye que en niños y adolescentes, la auto-hipnosis se asocia con una mejoría significativa de los dolores de cabeza y con un efecto positivo duradero transcurrido más de un año después del tratamiento (Kohen, 2010). Una cuestión a destacar es que de todos los participantes únicamente se analizaron las contestaciones de 52, que fueron los que enviaron el cuestionario que se les remitió completo, lo cual supone un sesgo en la interpretación de los resultados, ya que es probable que hayan respondido los que estén más comprometidos hacia la intervención.

En una revisión de Uman, Chambers, McGrath, y Kisely (2006) para evaluar la eficacia de las intervenciones psicológicas cognitivo-conductuales en los procedimientos relacionados con el uso de agujas que producen malestar y dolor, se concluyó que la hipnosis era muy prometedora en cuanto al tamaño del efecto en la mejora del tratamiento en las medidas de dolor auto-informadas (Uman et al., 2006). Más recientemente Birnie et al. (2014) en la revisión meta-analítica sobre el dolor relacionado con los procedimientos que requieren la utilización de agujas en niños y adolescentes, concluyen que, tanto la hipnosis como la distracción, son eficaces para reducir el dolor y la angustia relacionada con la intervenciones con agujas en niños. Por otro lado, afirman que se necesita una mayor calidad en los ensayos que se realicen (Birnie et al., 2014).

Lioffi, White, y Hatira (2006) realizaron un estudio clínico aleatorizado con 45 pacientes pediátricos con cáncer que fueron asignados a un grupo de anestésicos locales, anestésicos locales más hipnosis y anestésicos locales más atención. En los resultados se observó que los pacientes del grupo de hipnosis informaron tener menos ansiedad anticipatoria y menos dolor y ansiedad relacionados con el procedimiento. Asimismo, fue

este grupo de pacientes el que demostró menos malestar conductual durante el procedimiento médico.

Una revisión sistemática de Richardson et al. (2006) sobre la eficacia de la hipnosis en niños con cáncer mostró que la hipnosis tiene potencial como una intervención clínica valiosa para el alivio del dolor y del malestar producido por los procedimientos médicos. Sin embargo, todavía es necesario contar con más investigación sobre la eficacia.

Un estudio aleatorizado y controlado en el área de la urología pediátrica fue el realizado por Butler, Symons, Henderson, Shortliffe, y Spiegel (2005). La cistouretrografía retrógrada miccional (CUGM) es un procedimiento radiológico esencial para la evaluación de infecciones del tracto urinario y del reflujo vésicoureteral en niños que es experimentado por estos como doloroso y atemorizante. La disminución del malestar y el dolor producido por la prueba ayudan a una mayor adhesión del paciente a la evaluación inicial y a los seguimientos y, por tanto, aumenta la eficacia del tratamiento. Los autores compararon un grupo de niños tratados de la manera habitual con otro que fue entrenado en auto-hipnosis para prepararse para el procedimiento. En los resultados se encontraron en el grupo de hipnosis tamaños del efecto de moderados a altos, tanto en medidas objetivas, como subjetivas. Asimismo, se observaron beneficios en el grupo de hipnosis en las siguientes cuatro áreas: los padres informaron que el procedimiento fue significativamente menos traumático que la CUGM previa; los niveles de malestar observados fueron más bajos; el equipo médico informó de una diferencia significativa entre los grupos en cuanto a dificultad para llevar a cabo la prueba siendo más fácil en el grupo de hipnosis; y el tiempo total del procedimiento fue significativamente más corto (casi 14 minutos menos) en el grupo de hipnosis (Butler et al., 2005).

Vlieger, Menko-Frankenhuis, Wolfkamp, Tromp, y Benninga (2007) realizaron un estudio controlado aleatorizado para analizar la eficacia de la hipnosis para tratar a niños con dolor abdominal funcional o con síndrome de colon irritable. Los autores compararon a niños que sufrían estos problemas, de modo que un grupo fue tratado con terapia médica estándar y 6 sesiones de terapia de apoyo, y el otro con 6 sesiones de hipnoterapia como única intervención. Los resultados mostraron que la hipnoterapia fue superior, con una reducción significativamente mayor de las puntuaciones de dolor comparado con el grupo control. En el seguimiento a un año del tratamiento, un 85% de los pacientes del grupo de hipnosis había llevado a cabo el tratamiento con éxito comparado con un 25% de los pacientes del grupo de terapia médica estándar. Los autores concluyeron que la hipnosis es altamente eficaz en el tratamiento de niños que llevan tiempo sufriendo, tanto de dolor abdominal funcional, como del síndrome de colon irritable.

Huet, Lucas-Polomeni, Robert, Sixou, y Wodey (2011) evaluaron si la hipnosis podría reducir la ansiedad y el dolor asociado con la anestesia dental en niños. Para ello 30 niños entre 5 y 12 años fueron asignados de forma aleatoria a una de estas dos condiciones: grupo de hipnosis el cual se aplicaba la intervención hipnótica durante la anestesia; o grupo de no hipnosis al que solo se aplicó anestesia. Después de la anestesia, los participantes del grupo de hipnosis tuvieron unas puntuaciones significativamente inferiores en ansiedad y en dolor experimentado. En dicho estudio se sugiere que la hipnosis puede ser eficaz en la reducción de la ansiedad y el dolor en niños que van a ser sometidos a tratamientos con anestesia dental (Huet et al., 2011).

Por último, una revisión de las aplicaciones clínicas de la hipnosis en pediatría (Gold, Kant, Belmont, y Butler, 2007) identificó y evaluó los estudios publicados sobre el papel de la hipnosis clínica en el manejo de condiciones psicológicas y médicas específicas en

pediatría. A pesar del amplio rango de aplicaciones posibles de la hipnosis pediátrica y de la gran cantidad de buenos resultados existentes en la literatura, la mayoría de la investigación se basa en estudios de caso y de grupos pequeños con diseños no controlados. Así, dado que la hipnosis se considera como una técnica útil en el manejo de una gran variedad de condiciones pediátricas, es necesaria la realización de investigaciones utilizando metodologías controladas y aleatorizadas, así como tamaños de muestra adecuados para establecer su eficacia en esta área.

Más recientemente diferentes autores afirman que la hipnosis en pacientes pediátricos produce mejoras estadísticamente significativas en comparación con grupos de atención médica estándar en la reducción del dolor abdominal y del síndrome de colon irritable (Rutten, Reitsma, Vlieger, y Benninga, 2012); las intervenciones a las que se les adjunta hipnosis en niños producen menos dolor, menos ansiedad y estancias más cortas en el hospital si lo comparamos con grupos de control cuando se les ha realizado anestesia y cirugía (Kuttner, 2012). Finalmente, Mendoza (2013) en su revisión apoya la necesidad de realizar más estudios en relación a la utilización de la hipnosis en pediatría, lo cual también es apoyado por Rhue (2010), añadiendo la importancia de que se sea más riguroso en relación a criterios metodológicos en futuras investigaciones relacionadas con esta área.

En definitiva, en sus resúmenes actualizados sobre la evidencia empírica sobre la hipnosis clínica, Mendoza y Capafons (2009) y Capafons y Mendoza (2010a) concluyeron que la hipnosis como coadyuvante, en intervenciones médicas y psicológicas, se muestra eficaz y eficiente para el tratamiento de una amplia gama de problemas psicológicos y médicos, potenciando la mejora de la calidad de vida de los pacientes. La eficacia de la hipnosis está bien establecida en diversas aplicaciones clínicas, especialmente en el manejo del dolor, así como en otros problemas médicos y psicológicos. La evidencia es menos

rigurosa, y sin embargo prometedora, sobre su eficacia en el tratamiento de la depresión, trastornos del sueño, tabaquismo, obesidad, asma y enuresis infantil. Consecuentemente es justificable la realización de más investigaciones con estudios controlados con muestras de tamaño adecuado. Finalmente, es primordial establecer la eficacia de la hipnosis en otras áreas donde los indicios son prometedores.

En la actualidad, podemos afirmar que existe una amplia evidencia empírica para la utilización de la hipnosis en casos de dolor agudo y crónico, aun cuando en algún campo, como en obstetricia únicamente resulta prometedora. En otros campos, como se ha señalado, se necesita seguir investigando y que se mejore el rigor metodológico de los nuevos estudios.

Para finalizar, podemos concluir que la hipnosis, especialmente en el campo de la salud, incrementa la eficacia de las prestaciones, así como su eficiencia, ya sea en cuanto a la satisfacción del cliente/paciente, como en el ahorro de tiempo y dinero, con todo lo que ello supone para la administración pública (Mendoza y Capafons, 2009)

---

## 1.6. CREENCIAS Y ACTITUDES

---

Las actitudes han sido objeto de estudio y de investigación de la Psicología Social desde sus orígenes (Thurstone, 1928), y las definiciones que de ellas se han dado han sido muy numerosas (Baron y Byrne, 1998). Son de particular relevancia en el estudio de la conducta desde un modelo psicosocial, ya que sirven como indicadores o predictores de la conducta. Por ello, conocer las actitudes de una persona hacia cierto objeto o fenómeno da una idea de la manera en que esta se relacionará con el mismo y de cómo será su conducta ante el objeto de actitud (Stahlberg y Frey, 1990). De esta modo, las actitudes que las personas que hagan uso de la hipnosis, por ejemplo clientes, estudiantes, tengan hacia la hipnosis son importantes, ya que, según sean positivas, negativas o neutras, recibirán de forma diferente la información que profesionales de la salud, profesores, etc., proporcionen sobre este campo de investigación y aplicaciones variadas. Cuando se tiene información sobre un objeto actitudinal y, además, añadimos una experiencia directa con el mismo, ayuda a cambiar a una actitud más positiva hacia dicho objeto. En el caso de la hipnosis, los resultados de múltiples investigaciones han mostrado que implica un conjunto de procedimientos eficaces para el tratamiento de diversos trastornos y condiciones médicas como coadyuvante a otras intervenciones. Sin embargo, mal utilizada puede conllevar efectos iatrogénicos, como por ejemplo, la génesis de falsos recuerdos (ver siguiente apartado). Más aún, las actitudes hacia la hipnosis parecen tan buen o mejor *predictor* del resultado de los tratamientos que la incluyen, que la sugestionabilidad hipnótica. Por ello, las actitudes ayudan a la selección de la intervención óptima para cada paciente, algo cada vez más importante en el terreno de los tratamientos psicológicos (Haynes, Godoy, y Gavino, 2011; Schoenberger, 2000). Además, una gran cantidad de estudios han destacado la importancia de las actitudes, las creencias y las expectativas hacia la hipnosis en la activación de las respuestas a las sugerencias hipnóticas, y de los resultados de las

intervenciones en las que se incluye esta (Barber, Spanos, y Chaves, 1974; Chaves, 1999; De Groh, 1989). De acuerdo con Spanos (1982) la estabilidad de la sugestionabilidad hipnótica a través de las pruebas, refleja la estabilidad de las interpretaciones y creencias de las personas acerca de la hipnosis, y no la naturaleza de rasgo de la hipnotizabilidad. Spanos (1982) afirma que tener actitudes positivas hacia la hipnosis y niveles moderados de habilidades de imaginación, son factores importantes en la sugestionabilidad hipnótica. La investigación ha demostrado, de hecho, que son las actitudes y expectativas positivas al inicio del tratamiento, las que mejor predicen el cambio terapéutico, incluso mejor que la sugestionabilidad hipnótica del cliente (Schoenberger et al., 1997), como ya hemos indicado.

### **1.6.1. DEFINICIONES Y TIPOS DE ACTITUDES**

El concepto “actitud social” fue introducido en la psicología social por Thomas y Znaniecki (1918) para explicar las diferencias conductuales observadas en la vida cotidiana entre los campesinos polacos residentes en Polonia, y aquellos que residían en los EE.UU. A partir de entonces se han propuesto distintas definiciones para este concepto.

Según Fishbein y Ajzen (1975), una actitud es una predisposición a responder de una manera consistentemente favorable o desfavorable con respecto a un objeto dado. Petty y Cacioppo (1981) definen actitud como un sentimiento general y permanente, positivo o negativo, acerca de una persona, objeto o problema. Estas definiciones enfatizan tres características importantes de las actitudes: son aprendidas, predisponen a la acción e implican una evaluación (favorable-desfavorable, positiva-negativa, buena-mala) (Pratkanis, 1989). No obstante, hace ya tiempo, algunos autores han aportado resultados que muestran que algunas actitudes pueden tener una influencia genética, siendo los estudios de gemelos los que sugieren datos más convincentes. En este sentido, los investigadores han hallado un

factor de herencia superior a 0,5 en algunas actitudes, lo que indicaría que el 50% de la varianza de dichas actitudes entre las personas de una misma población puede ser atribuida a la varianza genética de esa población (Bohner y Wänke, 2002). Serían actitudes como la religiosidad (Waller, Kojetin, Bouchard, Lykken, y Tellegen, 1990), la satisfacción en el trabajo (Arvey, Bouchard, Segal, y Abraham, 1989), actitudes vocacionales e intereses (Keller, Bouchard, Arvey, Segal, y Dawes, 1992; Roberts y Johansson, 1974; Scarr y Weinberg, 1978), autoritarismo (Scarr, 1981), afición al *jazz* y actitudes hacia la pena capital (Martin et al., 1986), y supremacía blanca y patriotismo (Eaves, Eysenck, y Martín, 1989).

De todas formas, pese a la posible existencia de un gen que favoreciera unas actitudes u otras, hay una explicación más probable, cuyo supuesto básico sería que existen variables mediadoras, como diferencias en las estructuras sensoriales, inteligencia, temperamento, nivel de actividad, o *condicionabilidad* (Tesser, 1993), controladas en parte por los genes y que influyen en las actitudes (Bohner y Wänke, 2002). Así, según estos autores, las personas formarían sus actitudes en función de sus propias disposiciones, como la personalidad o las habilidades, de modo que, de existir un componente genético en dichas disposiciones, también se observará un componente genético en las actitudes relacionadas.

En este sentido, hay dos aspectos a tener en cuenta en relación a la influencia genética: en primer lugar, el factor de herencia no se aplica a individuos, sino a la varianza de una variable dentro de una población, por lo que no estaría expresando el grado en que esa variable particular es consecuencia de un gen particular, sino que algunas de las diferencias que se dan entre las personas en una misma actitud, pueden deberse, parcialmente, a diferencias genéticas; en segundo lugar, la influencia que pueda tener un gen sobre una actitud, una conducta o un rasgo, ni es exclusiva, ni es irreversible, ni es insensible a la modificación por parte de otros factores (Bohner y Wänke, 2002).



Fuera lo que fuere, a pesar de que, como se ha visto, un reducido número de actitudes pueden verse influidas por factores genéticos, la gran mayoría se aprenden y se adquieren a través de procesos de tipo social, como la exposición, el condicionamiento y el aprendizaje social (Baron y Byrne, 1998; Bohner y Wänke, 2002).

Prosiguiendo con las concepciones acerca de las actitudes, McGuire (1985) opina que las actitudes son respuestas que sitúan objetos de pensamiento en dimensiones de juicio. Por último, Rosenberg y Hovland (1960), afirman que las actitudes son predisposiciones a responder a un estímulo con estos tres tipos de respuesta: afectivos (concernientes a sentimientos evaluativos de agrado o desagrado), cognitivos (concernientes a creencias, opiniones e ideas acerca del objeto actitudinal) y conativos/conductuales (concernientes a intenciones conductuales o tendencias de acción).

Más que una definición, este es un modelo de la estructura actitudinal al que se ha denominado modelo de los tres componentes de las actitudes (Stahlberg y Frey, 1990). Sin embargo, la investigación empírica no ha utilizado mucho este modelo, por la dificultad de llegar a un acuerdo respecto al significado de sus términos. Así, por ejemplo, el afecto se ha descrito como una evaluación, como sentimientos subjetivos y como correlatos fisiológicos. Además, aquellos estudios que han intentado validar la estructura de las actitudes de tres componentes no han podido demostrar tener un valor predictivo o explicativo sólido (Pratkanis, 1989).

Otra definición es la de Fazio (1989) quien considera una actitud como una asociación entre un objeto y una evaluación, entendiendo por evaluación el afecto que despierta, las emociones que moviliza, el recuerdo emotivo de las experiencias vividas e incluso las creencias acerca de la capacidad del objeto para conseguir las metas adecuadas (Morales Reboloso, y Moya, 1994).

Eagly y Chaiken (1993), por su parte, entienden que las actitudes son tendencias psicológicas expresadas a través de la evaluación, favorable o desfavorable, de un objeto concreto. Consecuentemente, en función del tipo de objeto actitudinal, se pueden distinguir varios tipos de actitudes: (a) las actitudes negativas, incluyendo opiniones dogmáticas y desfavorables, hacia grupos de minorías y, por extensión, hacia miembros individuales de estos grupos, que son las actitudes denominadas *prejuicios* (Billig, 1984); (b) las actitudes positivas hacia personas individuales, también llamadas *atracción interpersonal*; (c) las actitudes hacia uno mismo que se suelen denominar *auto-estima* (Rosenberg, 1965); y (d) las actitudes hacia metas relativamente abstractas o estados de la existencia humana (por ejemplo, libertad, igualdad, salvación) denominadas *valores* (Eagly y Chaiken, 1993).

Las respuestas evaluativas de tipo cognitivo son pensamientos o ideas sobre el objeto de actitud (Eagly y Chaiken, 1993). Estos pensamientos se suelen conceptualizar como *creencias*, que son entendidas como asociaciones o vínculos que las personas establecen entre el objeto de actitud y varios atributos (Fishbein y Ajzen, 1975). Así, una creencia sobre un objeto es una proposición que es aprobada y aceptada como verdadera, y es, por tanto, un subconjunto de la información que una persona tiene sobre un objeto (Pratkanis, 1989). Así, desde las investigaciones en Psicología Social se define las creencias como conceptos proposicionales que señalan el grado en que un objeto posee determinada característica y sobre las que podemos estimar acuerdo o veracidad (Bar-Tal, 1990; Wyer, 1991).

Pese a que se utiliza el término creencia para describir todos los pensamientos que las personas tienen sobre los objetos de actitud, las respuestas evaluativas que son de naturaleza cognitiva se han denominado de distintas formas: cogniciones, conocimiento, opiniones, información e inferencias. Estos términos son útiles en algunos contextos, pero se solapan considerablemente con el concepto de creencia (Eagly y Chaiken, 1993). Dentro del estudio

de la relación entre creencias y actitudes se ha desarrollado el *modelo de expectativa-valor* (Fishbein, 1963, 1967). De acuerdo con este modelo, la actitud que tenga la persona hacia el objeto actitudinal está en función del valor de los atributos asociados al objeto y de la expectativa, entendida esta como la probabilidad subjetiva de que el objeto de actitud esté efectivamente caracterizado por estos atributos. Así, una actitud se predice multiplicando los componentes del valor y de la expectativa asociados a cada atributo, y sumando luego estos productos (Stahlberg y Frey, 1990). Este modelo estructural de la actitud lo han comprobado empíricamente en numerosos estudios Fishbein y otros investigadores (Fishbein, 1963; Fishbein y Coombs, 1974; Jaccard y Davidson, 1972). De acuerdo con Fishbein y Ajzen (1975), se pueden distinguir tres tipos de creencias en función de su origen. El primer tipo de fuente de conocimiento es la observación directa. Esta tiene que ver con la experiencia resultante de mantener un contacto personal con los objetos actitudinales que lleva a adquirir un importante número de creencias que se conservan con certeza máxima (aunque subjetiva), al haber sido validadas continuamente por la experiencia. A las creencias conformadas por este tipo de información, se les llama *creencias descriptivas*, y suelen tener un peso privilegiado en las actitudes de los individuos.

La segunda fuente de información es la que se adquiere por relaciones previamente aprendidas, o mediante el uso de sistemas formales de codificación, pero sin haber una observación de la realidad. A estas creencias se les llama *creencias inferenciales*.

Finalmente, el tercer tipo de fuente de información es el que procede de los demás o es dada a conocer por los medios de difusión externos. A estas creencias se les denomina *creencias informativas* (Fishbein y Ajzen, 1975). Un caso particular de tipo de creencia, en este caso atendiendo al objeto de actitud al que se refiere, es el *estereotipo*, término que fue acuñado por Lippmann (1922/1956), que se ha estudiado en detalle por su relevancia social.

La definición que más autores comparten sobre estereotipos, es que son constructos cognitivos que hacen referencia a los atributos personales, mayoritariamente rasgos de personalidad, de un grupo social (Morales et al., 1994). La relevancia de los estereotipos viene marcada por las funciones que parece cumplir en la economía vital de las personas y por la influencia que parecen ejercer sobre una serie de procesos psicológicos (González-Felipe, 1988). Sangrador (1981) afirma que los estereotipos están compuestos por ideas, informaciones, etc., que son compartidas, en mayor o menor grado, por un determinado número de personas, no teniendo sentido hablar de estereotipo a nivel individual, dado que son variables que, aunque están en las personas, se derivan del medio social en el que estas se desenvuelven.

Cuando se parte de un concepto de actitud de los tres componentes ya indicados, cognitivo, afectivo y conductual (Harding, Kutner, Proshansky, y Chein, 1954; Kiesler, Collins, y Miller, 1969; Rosenberg y Hovland 1960), y en el caso de una actitud negativa hacia un grupo o categoría social, el estereotipo sería el conjunto de creencias acerca de los atributos asignados al grupo, el prejuicio sería el afecto o la evaluación generalmente negativa del grupo, y la discriminación sería la conducta de falta de igualdad en el tratamiento otorgado a las personas en virtud de su pertenencia al grupo categoría en cuestión (Morales et al., 1994). Así el estereotipo sería el componente cognitivo de las actitudes prejuiciosas (Harding et al., 1954; Harding, Proshansky, Kutner, y Chein, 1969; Secord y Backman, 1964).

Si se parte de un concepto de actitud de un solo componente, de la forma de Fishbein y Ajzen (1975), habría que tener en cuenta que el estereotipo equivale a una creencia u opinión y el prejuicio a una actitud por lo general negativa hacia un grupo (Stroebe e Insko, 1989). Es importante señalar que, aunque se pueda tener el conocimiento de un estereotipo,

las creencias personales pueden ser o no congruentes con el estereotipo. Así, la creencia en ese estereotipo variará de una persona a otra. Algunos teóricos dan a entender que los estereotipos son funcionales para las personas porque les permiten racionalizar sus prejuicios en contra de un determinado grupo (Allport, 1954; LaViolette y Silvert, 1951; Saenger, 1953; Simpson y Yinger, 1965). Sin embargo, no hay evidencia de que el conocer un estereotipo sobre un grupo implique el prejuicio hacia el mismo (Devine, 1989).

De la misma manera, no existe un enlace automático entre el prejuicio y la discriminación. De esta forma, el hecho de que una persona exprese prejuicios hacia un grupo exterior determinado, no significa forzosamente que esta persona siempre se comporte de manera hostil hacia cada miembro individual de dicho grupo, es decir, el prejuicio no conduce siempre a la discriminación (Billig, 1984).

Martínez-Veiga (2001) afirma que las personas se cuidan de aparecer como prejuiciosas ante los demás e incluso entre ellas mismas, porque el prejuicio está mal visto socialmente, y manifestarlo abiertamente supone una trasgresión de la norma mayoritariamente aceptada. Sin embargo, el rechazo hacia el “otro” diferente y los estereotipos negativos de ciertos grupos siguen coexistiendo con una nueva forma de expresión del prejuicio: el prejuicio sutil.

Como conclusión, queremos indicar que existe un alto consenso en que una actitud es “una predisposición organizada a pensar, sentir, percibir y comportarse hacia un referente u objeto cognitivo. Se trata de una estructura perdurable de creencias que predispone al individuo a comportarse de manera selectiva hacia los referentes de actitud” (Kerlinger y Lee, 2002 p. 648). De cualquier forma, posteriormente Albarracin, Johnson, y Zanna (2005) afirman que, aun con el largo camino recorrido por la investigación en el campo de las actitudes, no existe una definición universalmente aceptada.

## 1.6.2. FUNCIONES DE LAS ACTITUDES

### 1.6.2.1. Motivacionales

Si bien las teorías funcionales de las actitudes se han desarrollado de manera independiente, comparten la asunción de que las actitudes pueden clasificarse según las necesidades psicológicas que cumplen, y se han propuesto listas de funciones de las actitudes. En particular Katz (1960), Smith, Bruner, y White (1956) y McGuire (1969) proponen grupos similares de funciones y las recogen en sus teorías funcionales de la actitud, que tienen una naturaleza motivacional (Shavitt, 1989). Las funciones propuestas por estos autores asumen que ciertas necesidades o motivos generales fomentan o dirigen el funcionamiento actitudinal (Stahlberg y Frey, 1990). Los cuatro tipos principales de funciones motivacionales de las actitudes que componen la taxonomía de Katz (1960) se describen a continuación:

- Las *funciones defensivas del yo*: parten de una perspectiva psicoanalítica, dentro de la línea de pensamiento freudiana y neofreudiana, utilizando conceptos de los mecanismos de defensa tales como la proyección o la racionalización. De esta forma, las actitudes funcionarían protegiendo a la persona de sentimientos negativos hacia sí misma o el propio grupo, permitiendo proyecciones de estos sentimientos hacia otras personas, como puedan ser grupos minoritarios. Desde este posicionamiento las actitudes que adoptamos están dirigidas a proteger nuestro yo de informaciones que podrían dañarlo.
- La *función expresiva de valores*: parte de la asunción de que las personas necesitan expresar actitudes que reflejen sus propios valores centrales o componentes del concepto de sí mismos. Cuando la persona expresa la actitud, confirma la validez del propio concepto de sí misma sin tener intención de influir en los demás (Stahlberg y Frey, 1990). La teoría de esta función se deriva de la Psicología del Yo y de otras variedades de teorías de la personalidad (Eagly y Chaiken, 1993). Al considerarse que

dichas actitudes son correctas, realizamos una valoración positiva de estas, por lo que expresarlas nos genera satisfacción, favoreciendo nuestra autoestima.

- La *función instrumental, adaptativa o utilitaria*: asume que las actitudes ayudan a las personas a optimizar los objetivos deseados, como las recompensas, y a minimizar los objetivos no deseados como el castigo. Así, nos acercamos a lo que nos satisface y nos alejamos de las cosas que nos desagradan.
- La *función cognoscitiva*: se basa en la necesidad del individuo de dotar de una estructura adecuada a su mundo. Katz (1960) considera la función de organizar o estructurar las experiencias y se relaciona con la cuestión de si las actitudes dirigen el procesamiento de la información, lo que se comenta con más detalle en el siguiente apartado.

#### **1.6.2.2. Actitudes que dirigen el procesamiento de la información**

Para analizar el papel de las actitudes en el procesamiento de la información hay que tener en cuenta tres aspectos: a) la búsqueda activa de información relevante a la actitud; b) la codificación de la información, es decir, los procesos perceptivos y de juicio; c) la recuperación de tal información de la memoria (Stahlberg y Frey, 1990).

- a) Búsqueda activa de la información relevante a la actitud: una de las ideas que desde antaño ha sido recogida en la literatura de las actitudes es que prestamos más atención a lo que coincide con nuestras actitudes (Worchel, Cooper, Goethals, y Olson, 2002). La teoría de la disonancia cognitiva (Festinger, 1957; 1964) es la que ha demostrado hacer mejores predicciones explícitas acerca de la exposición selectiva a la información relevante a la actitud. Es una teoría de la consistencia que supone que la

disonancia es un estado motivacional aversivo, que motiva a los individuos a reducirlo, y, en general, predice que las personas están motivadas a exponerse de por sí a la información consonante y a evitar la información disonante a fin de estabilizar una decisión (o una actitud existente). De este modo, mantendría la consonancia y evitaría la disonancia cognitiva. Las estrategias para la reducción de la disonancia incluyen el cambio de actitudes, opinión y conducta, así como la búsqueda de información consonante y/o la evitación de la información disonante. También hay que señalar que para que se produzcan los efectos de la exposición selectiva, debe existir un cierto compromiso con el propio juicio, decisión o actitud. Por el contrario, cuando una persona no se encuentra comprometida con su actitud, puede cambiarla fácilmente y por tanto, no es esperable que evoque un efecto significativo de exposición selectiva (Stahlberg y Frey, 1990). En definitiva, los observadores controlan su exposición a la información para orientarse a la congruente y eludir la incongruente (Worchel et al., 2002).

- b) Percepción de la información relevante a la actitud: dado que en la vida no siempre es fácil evadir la información disonante, cuando la persona se expone a este tipo de información, las actitudes ejercen una influencia en el procesamiento de la misma sesgando la percepción y la evaluación en el sentido de la información relevante a la actitud. Por ejemplo, Fazio y Williams (1986) demostraron que las personas procesan selectivamente la información referente a las cualidades de los objetos de actitud de tal manera, que sus percepciones sean consonantes con su actitud. Así, si se tiene una actitud positiva hacia algo, se procesará con más facilidad toda aquella información que sea consistente con cualidades positivas del objeto de actitud. En cambio, cuando la información es ambigua, existirá mayor flexibilidad en el procesamiento de la información (Worchel et al., 2002).



- c) Recuerdo de la información relevante a la actitud (memoria selectiva): Worchel et al. (2002) afirman que existen diferentes razones para suponer que la información que resulta congruente con las actitudes esté más representada en la memoria que la información incongruente. En primer lugar, la información que es congruente con las actitudes es más fácil de codificar en la memoria a largo plazo porque coincide con las estructuras y esquemas presentes. En segundo, tratamos deliberadamente de suprimir u olvidar la información incongruente, y, por último, nos valemos de nuestras actitudes como indicadores de búsqueda en la memoria.

Ross (1989) concluye que diferentes estudios muestran que aprovechamos nuestras actitudes como indicadores para buscar en nuestra memoria y reconstruir sucesos del pasado. Judd y Kulik (1980) indican que las actitudes facilitan el recuerdo de las afirmaciones que estuvieron muy de acuerdo o en desacuerdo, en contraposición a las afirmaciones que activan respuestas moderadas en una escala de acuerdo. También los estudios de Fazio, Sanbonmatsu, Powell, y Kardes (1986) confirmaron la hipótesis de que las actitudes pueden ser activadas de manera automática ante la observación o mención del objeto de actitud, y la probabilidad de tal activación dependa de la fuerza de la asociación objeto-evaluación en la memoria. Por lo tanto, estas actitudes accesibles funcionan como un filtro a través del cual se considera la información disponible. Sin esa activación de la actitud desde la memoria, esta no guiaría el procesamiento de la información. Los hallazgos de estos estudios convergen en la noción de que la accesibilidad de la actitud gobierna el grado en que se da el procesamiento sesgado en función de la actitud (Fazio, 1989). Además, es importante destacar que las explicaciones cognitivas del procesamiento de la información no solo incluyen la idea de que las personas desean reducir inconsistencias entre cogniciones relacionadas, sino también que están motivadas a

simplificar y organizar los estímulos (Eagly y Chaiken, 1993). Así, las actitudes pueden tener también la función esquemática y la función de heurísticos. En cuanto a las actitudes con función esquemática, los esquemas se definen como estructuras cognitivas de conocimiento previo organizado, extraídas de la experiencia con casos específicos (Fiske y Linville, 1980), entendiéndose el esquema como un conocimiento de elevada abstracción (Hilton y von Hippel, 1996). La consideración de las actitudes como un tipo de esquema pone de manifiesto las implicaciones de las actitudes en el procesamiento de la información. Sin embargo, es importante señalar que ambos conceptos se diferencian porque el término actitud se refiere a evaluación, mientras que el término esquema se ha utilizado de una manera más amplia incluyendo todos los aspectos de las representaciones mentales. Así, es posible considerar las actitudes como un subtipo del concepto más general de esquema. La visión de que los esquemas son útiles para permitir a las personas representar y organizar la información de su realidad coincide con la función de conocimiento descrita por Katz (1960), en la que las actitudes servirían para organizar y simplificar las experiencias de los individuos (Eagly y Chaiken, 1993). Se presupone que los efectos de las actitudes en el pensamiento ocurren en todas las etapas del procesamiento de la información incluyendo (a) atención, codificación y exposición (b) juicios y elaboración, y (c) memoria (Eagly y Chaiken, 1998).

Si bien las creencias se han definido como el componente cognitivo de la actitud, la estructura del conocimiento actitudinal contiene más elementos, tales como argumentos a favor y en contra de una proposición dada, conocimiento técnico, esotérico y lego sobre el campo al que pertenece el objeto de actitud, metas y deseos sobre el objeto, el significado social de adoptar una cierta posición actitudinal, eventos y episodios personales, y otros tipos de información (Pratkanis,

1989). La organización del conocimiento relacionado con la actitud cumple una función esquemática para entender e interpretar información compleja y para aprender y recordar una comunicación persuasiva. El contenido y organización del conocimiento actitudinal puede tener distintos formatos. Una hipótesis razonable es que la estructura de la actitud se conforma según los requerimientos del entorno social o, en otras palabras, la función de la actitud es relacionar al individuo con su mundo social. Las tres posibles funciones de una estructura social son: evaluar y valorar la utilidad de un objeto, guiar el uso de (o la conducta compleja hacia) un objeto, y defender el valor de una propuesta. El uso consistente de la estructura de actitud con una o más de estas funciones puede llevar al desarrollo de los tipos de estructuras identificadas en las investigaciones de actitudes y memoria (Pratkanis, 1989). Por ejemplo, algunas funciones y formatos organizacionales resultantes incluyen la *utilidad*, entendida como los beneficios e inconvenientes de usar un objeto dado se incluyen en una estructura similar a la propuesta por los teóricos del modelo expectativa-valor; *el uso* referido a la información técnica y orientada a la acción se organiza de manera lineal como un guión (Abelson, 1976), o alrededor de grupos naturales de personas o categorías de cosas como en equipos de deportes y diferentes tipos de música; y *argumentación* o razones a favor y en contra de un problema se ordenan según un continuum resultante en una estructura bipolar (McGuire, 1964).

Respecto de las actitudes con función heurística, un heurístico se define como una estrategia simple para resolver un problema (Pratkanis, 1989). Dado que las actitudes guían los procesos cognitivos conceptuales determinando la estrategia a seguir con respecto a un objeto, se puede decir que cumplen una función heurística, es decir, actitudes positivas llevan a una estrategia a favor, mientras que las negativas

llevar a lo contrario. Un heurístico actitudinal es un heurístico que utiliza la relación evaluativa como una clave en la estrategia de resolución de problemas. Siguiendo las concepciones teóricas de Eagly y Chaiken (1993) y Fazio (1986) se conceptualizan las actitudes como esquemas sociales simples, ligados a factores afectivos y emocionales, que facilitarían la adopción de decisiones y la realización de la conducta a través de mecanismos heurísticos rápidos y con escaso esfuerzo cognitivo. Así, las actitudes se utilizan para asignar los objetos a una clase favorable (para las que las estrategias de acercamiento y protección serían apropiadas), o a una clase desfavorable (para las que se utilizarían estrategias de evitación y abandono). Tversky y Kahneman (1974) demostraron que los heurísticos, cuando son representativos y accesibles, pueden influir en los juicios y decisiones. En la literatura se han identificado hasta once ejemplos de tipos de efectos de las actitudes sobre procesos conceptuales que van desde la interpretación y explicación de eventos sociales, hasta la predicción de eventos futuros. Pratkanis (1989) ha identificado cinco condiciones que aumentan la probabilidad de que una actitud se utilice como un heurístico. Son las siguientes:

1. La actitud debe estar almacenada en la memoria.
2. La actitud debe representar la mejor (o única) estrategia para resolver un problema (por ejemplo, no hay estrategias o teorías disponibles alternativas en competencia).
3. La actitud debe tener una alta accesibilidad y fuerza.
4. Presión temporal para resolver el problema, sobrecarga de información y presencia en el entorno de mensajes densos.
5. Debe haber un problema a resolver cuya respuesta no es objetiva y clara.

Finalmente, también se ha comprobado que en los casos en que la persona es consciente de un sesgo de actitud, puede eliminar el sesgo o intentar compensarlo, siendo reemplazados los efectos automáticos de la actitud como un heurístico por procesos controlados (Pratkanis, 1989).

### **1.6.2.3. Actitudes que guían la conducta**

Una vez se han analizado los estudios que señalan que las actitudes influyen en el procesamiento de la información, es importante revisar si las actitudes, también, guían las decisiones conductuales. Los primeros estudios, no encontraban resultados al plantearse si las actitudes están correlacionadas con la conducta (Stahlberg y Frey, 1990). Esto se debe a que esta es una pregunta demasiado global o indiferenciada, así que algunos autores de finales de los años sesenta comenzaron a formular preguntas nuevas, como en qué casos se correlacionan las actitudes con la conducta, qué factores influyen en el tamaño de la correlación, y por medio de qué procesos influyen las actitudes en la conducta (Zanna y Fazio, 1982). Uno de los grandes logros de la investigación en actitudes es el progreso realizado en la predicción del comportamiento mediante las actitudes (Eagly y Chaiken, 2005). Los datos muestran que los principales factores que explican qué no siempre existe una relación directa y lineal entre actitud y conducta son:

- *Factores metodológicos*: dentro de los factores metodológicos, hay que tener en cuenta que no se puede esperar una fuerte correlación entre actitud y conducta siendo la fiabilidad o la validez de la medida de la actitud baja. Una de las críticas metodológicas más frecuentes a la medición de la actitud y la conducta es la baja correspondencia de ambas medidas respecto a su especificidad. Ajzen y Fishbein (1977) formularon un principio de compatibilidad relacionado con la generalidad y especificidad del dominio

disposicional. Así, consideraron cuatro elementos diferentes que caracterizan, tanto a las actitudes, como a la conducta:

1. El elemento acción, que se refiere a qué conducta va a llevarse a cabo.
2. El elemento del objetivo al que se dirige la conducta.
3. El elemento del contexto en el que se ejecuta la conducta.
4. El componente tiempo referido al momento en que se realiza la conducta.

De esta forma, dos indicadores de una disposición son compatibles, el uno con el otro, en la medida en que sus elementos de acción, objetivo, contexto y tiempo se evalúan en niveles idénticos de generalidad y especificidad que, a su vez, dependen de los procedimientos de medida empleados (Ajzen, 1989). Una única observación de una acción es un indicador altamente específico de la conducta en que se implica una respuesta dada, dirigida a un objetivo particular, y ejecutada en un contexto y momento dado. Según el principio de compatibilidad, la consistencia entre dos indicadores de una disposición dada está en función del grado en que los indicadores evalúan la disposición al mismo nivel de generalidad o especificidad. Por tanto, cuanto más similares sean los elementos de acción, objetivo, contexto y tiempo de la actitud a esos mismos elementos de la conducta, más fuerte debería ser la relación estadística entre ellos (Ajzen, 1989).

Muchos estudios no aseguran una correspondencia íntima entre la especificidad de la actitud y las medidas de la conducta relativas a estos cuatro elementos. Por ejemplo, la medida de la actitud se ha tomado de manera global especificando solamente uno (la mayoría de las veces el objetivo) o dos elementos, mientras que la medida de la conducta ha sido, con frecuencia, muy específica y caracterizada por las cuatro dimensiones (Stahlberg y Frey, 1990). En definitiva, solo se puede encontrar una relación estrecha cuando ambas medidas se corresponden en su

grado de especificidad. Ajzen y Fishbein (1977) encontraron apoyo para esta noción, ya que solo se han obtenido correlaciones notables entre actitudes y conducta cuando ambas medidas mostraban una alta correspondencia en su especificidad. Sin embargo, esto no implica que las actitudes globales (por ejemplo, las expresadas solo en función de cierto objetivo), no sean útiles para predecir la conducta. En la medida en que la conducta esté conceptualizada de forma también global, puede existir una relación bastante fuerte entre actitudes y acciones conductuales (Stahlberg y Frey, 1990).`

- *Características especiales de la actitud: consistencia afectivo-cognitiva.* La mayor parte de la investigación sobre actitudes y conducta reduce las primeras a su componente afectivo ya que las afirmaciones evaluativas se pueden medir a través de una escala Likert. También en los casos en los que los componentes cognitivo y afectivo son consistentes, las medidas del componente afectivo pueden predecir bien la conducta. Sin embargo, algunas veces los componentes cognitivos y afectivos son inconsistentes. Según Rosenberg (1968) aquellas actitudes con una baja consistencia afectiva-cognitiva son relativamente inestables en el tiempo. Así, cuando las personas se dan cuenta de la inconsistencia de los componentes de su actitud se sentirán motivadas a cambiar uno o ambos componentes a fin de restablecer la consistencia afectivo-cognitiva. Según este autor, la consistencia afectivo-cognitiva de una actitud correlaciona con su estabilidad y resistencia al cambio de actitud (Rosenberg, 1968). Por tanto, las actitudes con consistencia afectivo-cognitiva son más estables y tendrán una mayor validez como predictores de la conducta (Stahlberg y Frey, 1990).
- *Experiencia directa:* contamos con muchas pruebas a favor de que las actitudes que se forman con experiencias directas normalmente producen unos efectos más fuertes en el comportamiento, que aquellas que se han formado indirectamente a través de rumores (Kraus, 1995; Regan y Fazio, 1977). Según el estudio de Schlegel (1975),

cuanta más experiencia directa tenga una persona con el objeto de actitud, más jerárquica y compleja es la organización de su estructura actitudinal y menos predecible es teniendo en cuenta únicamente el factor afectivo. Schlegel y DiTecco (1982) encontraron que para las actitudes no basadas en la experiencia directa una medida de la respuesta afectiva es un buen resumen de la estructura total de la actitud, estando la predicción de la conducta basada en los componentes afectivos. Sin embargo, con actitudes basadas en experiencias directas, las predicciones de la conducta basadas solo en respuestas afectivas no predicen bien la conducta, pero esta predicción mejora introduciendo las variables de la estructura cognitiva de la actitud, es decir, las creencias acerca del objeto de actitud (Stahlberg y Frey, 1990).

Por otra parte, Fazio y Zanna (1981) postulan que las actitudes adquiridas por experiencias directas tienen una mayor claridad y una estabilidad temporal más prolongada teniendo una gran influencia sobre la persona. De esta manera, dichas actitudes están más fácilmente disponibles y producen una relación actitud-conducta más fuerte. Así, cuanta más experiencia directa haya, más se reducirá la predicción conductual basándose en el componente afectivo de la actitud. Sin embargo, tal como indican Schlegel y DiTecco (1982), esta disminución de la predicción conductual puede ser compensada si se añade una medida actitudinal cognitiva. Así, las actitudes basadas en la experiencia directa continuaron siendo mejores predictores de la conducta que otras actitudes (Stahlberg y Frey, 1990).

- *Factores situacionales*: se refiere a los factores que están relacionados con el contexto, como la presión o la influencia social. Sabemos que los condicionamientos ambientales pueden debilitar la influencia de las actitudes sobre la conducta. Fishbein y Ajzen (1975) propusieron un modelo de actitudes y conducta que



incorpora el componente de las normas sociales como un factor importante. Este modelo, conocido como la teoría de la acción razonada, se considera el más influyente en la relación actitud-conducta. Según esta teoría, el determinante inmediato de la conducta es la intención conductual de la persona de ejecutar (o no) esta conducta. La intención conductual, a su vez, está determinada, en primer lugar, por la evaluación positiva o negativa que la persona hace en relación a la ejecución de esta conducta, o por la actitud hacia la conducta. Un segundo determinante de la intención conductual se llama norma subjetiva (juicios de la persona sobre la probabilidad de que otros esperen que ella muestre la conducta a pronosticar). De nuevo, el componente norma subjetiva está determinado por dos factores: las creencias normativas (lo que otros relevantes esperan que haga la persona) y la motivación para acomodarse a estas expectativas (Stahlberg y Frey, 1990). La teoría de la acción razonada ha recibido un considerable apoyo empírico (Ajzen, 1982), y ha suscitado investigación conducente a resultados no consistentes que han puesto de manifiesto la influencia de otros factores sobre la conducta como los hábitos (Bentler y Speckart, 1979). Así, Ajzen y Madden (1986) han propuesto una extensión del modelo de la acción razonada incorporando el control percibido sobre el rendimiento conductual como un posterior determinante de la intención conductual, así como de la propia conducta. El control conductual se conceptualizó como una expectativa de la persona hacia los acontecimientos potenciales que podrían entrar en conflicto con la conducta intentada. Estos autores confirmaron que la incorporación del componente control conductual permite una predicción más exacta de la teoría de la acción razonada (Stahlberg y Frey, 1990). Fazio (1986) señaló que las situaciones con frecuencia contienen otras variables además de las actitudes, tales como las expectativas normativas (Ajzen, 1982; Ajzen y Fishbein, 1980), que pueden competir

con las actitudes para influir sobre la conducta. El impacto de tales variables debe considerarse cuidadosamente para poder entender el rol único de las actitudes sobre la conducta. En la medida en que los procesos controlados se activan, la persona puede considerar todos los factores situacionales e interpersonales que podrían influir en su conducta además de sus actitudes personales. De hecho, Ronis, Yates, y Kirscht (1989) defienden que, una vez la conducta está en la fase de decisión controlada, la persona puede iniciar un proceso de comparación para todos los patrones de conducta alternativos disponibles. Una persona puede tener una actitud positiva hacia una conducta, pero puede observar consecuencias negativas asociadas con esta y, en ese caso, evitar dicha conducta. Esta situación produciría una discrepancia entre la actitud expresada de la persona hacia el objeto y su conducta hacia el mismo. Este tipo de situación se recoge en un estudio de Warner y DeFleur (1969) en el que se sugiere que los conceptos interactivos, tales como normas, roles, pertenencia a un grupo, grupos de referencia, subculturas, etc., plantean condiciones contingentes que pueden modificar la relación entre las actitudes y la acción. Estos autores analizaron una variable que llamaron restricción social, relacionada con aquellas situaciones en que la conducta de una persona es probable que sea conocida por otros cuyas opiniones y reacciones son importantes para el individuo. La restricción social puede variar de alta a baja según quién se vaya a enterar de la conducta del individuo. “La alta restricción social impuesta por la presencia de otros significativos importantes presionará al individuo a actuar de acuerdo con lo que se percibe que esos otros consideran una conducta apropiada y deseable” (Warner y DeFleur, 1969, p. 155).

Ajzen (1985, 1991) agregó al modelo una nueva variable, el grado de control percibido sobre la conducta con lo que pasó a denominarse “Teoría de Acción

Planificada” con la pretensión de que el modelo pudiera predecir conductas sobre las que los individuos tienen un control volitivo incompleto (no depende únicamente de la voluntad de la persona para realizarlas). El control percibido se refiere a la percepción de dos tipos de obstáculos: los que se refieren a la falta de habilidades o competencias de la persona para llevar a cabo la conducta; y los obstáculos situacionales, tales como las oportunidades y los recursos disponibles para ejecutar la conducta. La conducta motivada se ejecutará eficazmente si existe la intención y la posibilidad de realizarla.

Gollwitzer y Sheeran (2006) incluyen dentro del modelo de la Teoría de Acción Planificada “las intenciones de implementación o puesta en práctica”. Una vez fijada una meta conductual, el desarrollo de los procesos intencionales necesarios para su consecución puede verse comprometido por una serie de problemas críticos como: (1) las condiciones que pueden propiciar el inicio de las conductas necesarias para su consecución (2) la aparición de distracciones e interferencias que pueden perjudicar la persistencia de esas conductas (3) la adecuación de las conductas elegidas para la consecución de la meta y (4) disposición de los recursos necesarios para conseguir la meta.

- *Factores de personalidad:* también se ha visto que unas personas muestran una consistencia actitud-conducta mayor que otras, según ciertas características de personalidad, en particular la auto-observación, auto-conciencia objetiva y la auto-consistencia. Se consideran personas de baja auto-observación aquellas cuya conducta social depende principalmente de sus estados internos, disposiciones, actitudes, etc. (Snyder, 1974), y de alta auto-observación las que se orientan más por señales situacionales o por las reacciones potenciales de sus compañeros de interacción cuando

toman decisiones conductuales. De acuerdo con Snyder y Kendziersky (1982), las personas de baja auto-observación muestran mayor correspondencia entre actitudes y conducta que las personas de alta auto-observación. Esto podría explicarse, en parte, por el hecho de que la conducta de las personas de alta auto-observación no refleja estados internos tales como emociones o actitudes y varía en gran medida a través de las situaciones (Snyder y Kendziersky, 1982). En esta línea parece que las actitudes predicen mejor el comportamiento para las personas que tienen un bajo nivel de auto-vigilancia, las cuales utilizan sus actitudes como guías de comportamiento, mientras que este vínculo es más débil en los individuos con un alto nivel de auto-vigilancia (Ajzen, Timko, y White, 1982; DeBono y Snyder, 1995). Por otra parte, las personas más auto-conscientes, que son las que se centran en sus propios sentimientos, emociones, normas, actitudes y otros estados internos, presentan una correlación mayor entre sus actitudes y sus conductas, que aquellas menos auto-conscientes (Stahlberg y Frey, 1990). En cuanto a la auto-consistencia, Bem y Allen (1974) opinan que la correlación actitud-conducta es alta solo en aquellas personas que se definen a sí mismas como relativamente auto-consistentes en distintas situaciones. Las personas que no se consideran consistentes consigo mismas tendrán una correlación entre actitud y conducta relativamente baja.

- *Intensidad de las actitudes*: según Petkova, Ajzen, y Driver (1995) las actitudes más fuertes son las que mayor impacto ejercen en el comportamiento de los individuos. Así, la intensidad de las actitudes estaría determinada por tres componentes:

1. *Su importancia*: existen, tres factores que pueden jugar un papel clave en la determinación de la importancia de la actitud (Boninger, Krosnick, y Berent, 1995):

- a. El interés propio.
- b. La identificación social: cuanto mayor es la medida en la que una actitud

está mantenida por grupos en los que se identifica el individuo, mayor es su importancia.

- c. La conexión entre actitud y valores: cuanto más estrechamente esté conectada una actitud a los valores personales de un individuo, mayor es su importancia.

2. *Su conocimiento*: cuánto sabe la persona sobre el objeto de actitud.

3. *La accesibilidad*: que podría definirse como “la intensidad del vínculo objeto-evaluación de la actitud en la memoria” (Baron y Byrne, 1998) o “la facilidad con la que una actitud viene a la mente” (Worchel et al., 2002). Cuanto más accesible es la actitud desde la memoria, mayor es la probabilidad de que la actitud inflencie la conducta posterior. La medición de la accesibilidad se realiza a través de la rapidez de respuesta a escalas actitudinales (Fazio, 1990; Fazio, Jackson, Dunton, y Williams, 1995; Fazio y Williams, 1986; Houston y Fazio, 1989).

Diversos estudios han demostrado que todos estos componentes determinan la intensidad de una actitud, así no solo las actitudes intensas ejercen un mayor impacto sobre la conducta, sino que también son más resistentes al cambio, más estables a lo largo del tiempo y tienen un mayor impacto en diversos aspectos de la cognición social (Kraus, 1995; Krosnick, Boninger, Chuang, Berent, y Carnot, 1993).

### 1.6.3. EVALUACIÓN DE LAS ACTITUDES

La actitud es un constructo hipotético y, como todo constructo, al ser inaccesible a la observación directa, debe inferirse a partir de respuestas mensurables. Dada la naturaleza del constructo, estas respuestas deben reflejar evaluaciones positivas o negativas del objeto de actitud (Ajzen, 1988). La mayoría de los métodos de medida de la actitud se basan en el supuesto de que las actitudes pueden evaluarse por medio de las opiniones o creencias de las personas acerca de los objetos de actitud (Thurstone, 1931; Likert, 1932). En general, todos los métodos están basados en la conceptualización unidimensional de las actitudes, pudiéndose clasificar en métodos de medida directos e indirectos (Stahlberg y Frey, 1990), en función de si la persona a la que se le van a medir las actitudes, sabe, o no, que están siendo medidas.

- **Métodos Directos:** estos métodos preguntan directamente a la persona sobre sus actitudes u opiniones, presentando el problema que la persona puede no estar motivada para revelar sus verdaderas actitudes, y por ello, de respuestas socialmente deseables. Otra desventaja de estos métodos es que puede darse la reactividad del propio procedimiento, ya que, en algunos casos, las personas no mantienen actitudes explícitas o claras respecto a un objeto de actitud. Así, al tener que responder se les obliga a posicionarse, lo que puede originar actitudes espontáneas e inestables, por lo que serán malas predictoras de la conducta (Stahlberg y Frey, 1990). Entre los diferentes métodos directos destacamos los siguientes por ser los más utilizados: la Escala de Intervalos Aparentemente Iguales de Thurstone (1928); el Diferencial Semántico (Osgood, Soci, y Tannenbaum, 1957); la Escala de Likert (1932); y la Escala de Clasificación de un Solo Ítem.

- *Escala de Intervalos Aparentemente Iguales:* dentro de las aproximaciones clásicas a la medida de las actitudes está el trabajo de Thurstone (1928), quien propuso diferentes

técnicas de juicio para obtener medidas cuantitativas de las actitudes. La más conocida de estas técnicas es la escala de intervalos aparentemente iguales. Para construir una escala de este tipo, de forma inicial se preparan un conjunto de ítems que hagan referencia a la actitud y que cubran el continuo graduado de la actitud. Posteriormente, estos ítems son evaluados por jueces. Cuando los jueces han clasificado y evaluado los ítems se aplican métodos psicométricos para determinar el grado de ambigüedad de los enunciados. Una vez son eliminados los enunciados con un valor determinado de ambigüedad se construye la escala definitiva, la cual tiene una forma de presentación distinta a la utilizada inicialmente. En la escala definitiva se presenta una lista de enunciados o ítems, preferentemente mezclados, con dos propuestas, como mínimo, para cada intervalo. La puntuación de la actitud que obtengan las personas que cumplimenten la escala final es el valor promedio de escala de todas las afirmaciones evaluadas con las que han mostrado acuerdo. Pese a que esta escala fue muy importante en el momento en que se desarrolló, en la investigación actual se utiliza muy poco, dado que se ha puesto en duda que sea una escala de intervalos, y que la evaluación de favorabilidad sea objetiva. Además, la construcción de una escala de estas características es muy costosa, y hay que hacer una distinta para cada nuevo objeto de actitud (Stahlberg y Frey, 1990).

- *Diferencial Semántico*: este instrumento desarrollado por Osgood et al. (1957), y a diferencia del anterior, permite medir las actitudes con una sola escala. Consiste en una serie de pares de adjetivos extremos que se utilizan para valorar el objeto de actitud ante los cuales se pide la reacción del participante y así es ubicado en una categoría por cada par (Hernández, Fernández, y Baptista 2003). Para su elaboración, los autores presentaron ciertos conceptos a las personas y les pidieron que los valoraran en diferentes escalas bipolares de evaluación cuyos extremos eran adjetivos opuestos.

Después, utilizando el análisis factorial, identificaron tres dimensiones básicas para describir los conceptos que son: evaluación, potencia y actividad. Así, siguiendo un concepto unidimensional de la actitud, los autores asumieron que los pares de adjetivos que correlacionaban alto con el factor podrían describir la actitud de una persona hacia el objeto actitudinal estudiado. Si bien el Diferencial Semántico es fácil de aplicar a distintos objetos de actitud, su alto grado de abstracción puede ser poco apropiado para describir actitudes conductualmente relevantes. Otra desventaja es que la estructura factorial de una determinada escala de Diferencial Semántico varía según el tipo de concepto evaluado, y, por tanto, no se puede dar por supuesta su aplicación universal (Stahlberg y Frey, 1990).

- *Escala de Likert*: desarrollada por Likert (1932), es una de las escalas de actitud más utilizadas por su bajo costo y sencillez a la hora de elaborarse. Esta modalidad considera las actitudes como un *continuum* que va de lo favorable a lo desfavorable. Además de situar a cada individuo en un punto determinado, siendo común a otras escalas, esta tiene en cuenta la amplitud y la consistencia de las respuestas actitudinales. Para su construcción se siguen las siguientes etapas:

1-Definir el objeto actitudinal.

2-Redactar los ítems y prever la hipótesis de validación.

3-Recoger un elevado número de ítems relevantes a la actitud a medir (enunciados favorables o desfavorables, nunca neutros, intentando que la mitad de los enunciados sean de un tipo y la otra mitad del otro).

4-Pedir a una muestra representativa de la población a la que se va a evaluar con posterioridad que responda a los ítems según una escala de clasificación de 5 (también es habitual encontrarse escalas de evaluación de 6 o 7 intervalos, aunque el estándar asumido es 5, y el acuerdo generalizado es no pasar de 7) indicando



favorabilidad-desfavorabilidad (donde, por lo general, 1 significaría totalmente en desacuerdo y 5 (o 6-7) que está totalmente de acuerdo).

5- Obtener una puntuación preliminar de la actitud y luego hacer un análisis de ítems viendo si están inter correlacionados, y si la escala final, tras haber eliminado los ítems no correlacionados, satisface el criterio de consistencia interna de Likert (altas correlaciones de cada ítem particular con la puntuación suma total).

6- La puntuación final de actitud, se obtiene sumando de nuevo las respuestas dadas a aquellos ítems que quedaron en la escala (a los ítems desfavorables hay que asignarles puntuaciones inversas). De esta forma obtendremos para cada persona una puntuación global que será la suma de sus notas elementales. Esta puntuación global nos permite estimar la posición que el individuo ocupa en el continuum hipotético de actitud.

- *Escala de Clasificación de Un Solo Ítem:* esta escala consta de un único ítem para medir las actitudes. Este ítem consiste en una pregunta que se considera que puede dar una estimación directa de la actitud a estudiar. No es tan fiable como los métodos anteriores, pero es idóneo para estudios representativos como encuestas de opinión y sondeos electorales (Stahlberg y Frey, 1990).

- **Métodos Indirectos:** estos métodos infieren el valor de las actitudes sin que la persona sea consciente del procedimiento de medida y en función de las reacciones de la persona (fisiológicas, tiempos de respuesta, etc.). Tienen la ventaja de que son menos susceptibles a la deseabilidad social, pero presentan la desventaja de que la validez de las medidas conseguidas es cuestionable, y presentan problemas éticos (Stahlberg y Frey, 1990). Se

consideran de este tipo los siguientes métodos: las mediciones fisiológicas, la observación de la conducta y las medidas no reactivas.

- *Medidas fisiológicas:* dado que las reacciones emocionales se combinan con reacciones fisiológicas (por ejemplo, respuesta electrodérmica, ritmo cardíaco, dilatación de las pupilas, etc.), se ha utilizado la medida de dichas reacciones para obtener indicadores más objetivos de la actitud. Cooper y Pollock (1959) concluyen que las respuestas fisiológicas ocurren en individuos altos en prejuicios, cuando se emiten comentarios favorables hacia los objetos de prejuicio. En general, estas medidas se utilizan muy poco en la práctica debido a la insensibilidad de la mayoría de los instrumentos hacia la cualidad de una respuesta actitudinal, y la necesidad de disponer de dispositivos técnicos costosos y difíciles de utilizar en contextos de campo (Stahlberg y Frey, 1990).
- *Observación de la conducta y medidas no reactivas:* estos métodos se basan en patrones observables de conducta relacionados con las actitudes a medir. En unos casos los participantes son conscientes de ser observados, mientras que en otros (medición no reactiva) se les observa sin que lo sepan, o incluso son analizados de manera indirecta sus patrones de conducta. A estos tipos de medidas se les llama indicadores de conducta (Petty y Cacioppo, 1981), técnicas de observación (Calder y Ross, 1976) y métodos inmunizados de distorsión o medidas no intrusivas (Stroebe, 1980). Las principales desventajas de estos procedimientos son que presentan problemas éticos por el engaño a las personas, porque es difícil determinar de manera objetiva qué significan estos indicadores con respecto a una actitud, y, dado que todavía la conexión teórica entre actitudes y conducta no está clara, resulta cuestionable si los indicadores conductuales pueden caracterizar de manera inequívoca una actitud (Stahlberg y Frey, 1990).

#### 1.6.4. CAMBIO DE ACTITUDES

Existen tres mecanismos distintos a través de los cuales se pueden cambiar las actitudes: la experiencia directa del objeto de actitud, las experiencias socialmente mediadas y el efecto del incentivo (Stroebe y Jonas, 1990).

Una forma en que la *experiencia directa* puede modificar las actitudes es la *mera exposición*, en la que un estímulo se vuelve accesible a la percepción de la persona. Zajonc (1968) afirma que si se expone repetidamente a una persona a un estímulo esto será suficiente para conseguir una mejor actitud hacia dicho estímulo. Esta hipótesis tiene su apoyo empírico en los estudios sobre la relación existente entre la frecuencia entre palabras y el agrado hacia una palabra, concluyéndose que la exposición puede llevar al agrado de un estímulo, aun cuando las personas no son conscientes de haber sido expuestas a ese estímulo, ya que cada exposición sucesiva genera incrementos cada vez más pequeños del agrado hacia el objeto de actitud. Así, el papel de la exposición como determinante de la actitud está limitado a los materiales estimulares novedosos, ya que, una vez se conoce el objeto, las repeticiones de exposición a dicho objeto no conllevarán un aumento del agrado (Stroebe y Jonas, 1990).

Bornstein (1989) realizó un meta-análisis sobre 200 investigaciones que estudiaban el efecto de la mera exposición, llegando a la conclusión de que se incrementa en las siguientes condiciones:

- Estímulos complejos.
- Exposiciones de periodos temporales breves, incluso la exposición subliminal.
- En exposiciones que están presentes otros muchos estímulos.
- Cuando el intervalo entre exposición y evaluación es mayor.

Cuando hay más que una mera exposición, la experiencia directa proporciona una *información* sobre las características del objeto actitudinal que puede convertirse en un determinante de la actitud. Sin embargo, esa información solo producirá un cambio de actitud si es discrepante con las expectativas previas que mantenía la persona sobre el objeto.

Otra forma en que la experiencia directa afecta a las actitudes es el *condicionamiento clásico*. Un estímulo neutral, inicialmente incapaz de activar una respuesta particular, adquiere gradualmente capacidad de hacerlo a través de la asociación repetida con un estímulo que antes evocó una respuesta. Así, el contexto en que se manifiesta el objeto actitudinal influiría inconscientemente sobre la actitud. Cuando la relación entre cierto estímulo y su contexto es estable, esta influencia resulta bastante funcional (Stroebe y Jonas, 1990).

Briñol, Sierra, Becerra, Falces, y Froufe (2000) compararon la eficacia relativa del efecto de la mera exposición y del condicionamiento clásico en la formación de preferencias, concluyendo que ambos resultan ser dos procedimientos igual de eficaces para modificar las respuestas afectivas de los participantes hacia estímulos novedosos.

El cambio de actitudes por las *experiencias socialmente mediadas* debe ser funcional antes de que ocurra. Según la terminología funcional de las actitudes, tal cambio de actitud cumple una función utilitaria (Katz, 1960) y tiende a maximizar el refuerzo social y a evitar el rechazo social (Devine, 1989). Como sabemos, las personas eligen aquellas acciones que con mayor probabilidad les llevan a consecuencias positivas o a evitar consecuencias negativas. Así, el cambio de actitud y de conducta será el resultado de los cambios de la probabilidad subjetiva que asocia una acción dada con ciertas consecuencias, y de los cambios en la evaluación de estas consecuencias. De esta forma, el *modelamiento*, ayuda al

observador a aprender que la conducta en cuestión conduce a consecuencias que ella no había asociado previamente a esa conducta (Stroebe y Jonas, 1990).

Una forma más directa de influencia social son las *apelaciones persuasivas* en las que se defiende una posición, y se apoya con argumentos respecto al objeto actitudinal en vez de dejar que la persona saque su propia conclusión acerca del mismo. La ventaja de influir en la conducta a través de la persuasión es que la conducta permanece bajo el control interno y no necesita control externo para su mantenimiento, siendo, además, el cambio más duradero (Stroebe y Jonas, 1990).

Generalmente, las investigaciones llevadas a cabo sobre persuasión utilizan comunicaciones contra actitudinales (mensajes que defienden una posición que el receptor normalmente rechazaría). Las teorías de la persuasión explican el cambio de actitud describiendo los procesos o variables que medían el impacto de las comunicaciones en las actitudes y creencias. Así, McGuire (1969) propuso un modelo de procesamiento de la información que sirvió de referencia para los estudios posteriores sobre los procesos de persuasión. El modelo se reduce a dos factores de persuasión, afirmando que la probabilidad que una comunicación genere un cambio de actitud es el resultado conjunto de la probabilidad de recepción (que incluye las fases de atención y comprensión) y aceptación (condescendencia) del mensaje. Así, los aspectos determinantes de la recepción son: la motivación para prestar atención a la comunicación, y la capacidad de comprensión del mensaje.

Por otro lado, en relación a los determinantes de la aceptación, se debe tener en cuenta que para decidir aceptar o rechazar una posición definida, las personas intentarán formar una opinión de su validez. Así, el modelo de probabilidad de la elaboración (Petty y Cacioppo, 1986) es una teoría que ha aumentado considerablemente nuestra comprensión de los factores

determinantes de la aceptación. Según este modelo, la evaluación del mensaje persuasivo puede llevarse a cabo a través de dos modos diferentes de procesar la información: la ruta central hacia la persuasión y la ruta periférica. Según la ruta central, los receptores consumen un tiempo y esfuerzo considerable en evaluar críticamente el contenido del mensaje. Sin embargo, los receptores son incapaces o se muestran reacios a comprometerse en este proceso de evaluación del mensaje y, más que procesar la argumentación, basan la decisión de aceptar el mensaje en algún aspecto periférico, ya sea la credibilidad de la fuente u otras señales no relacionadas con el contenido. Según Briñol, Horcajo, Valle, y De Miguel (2007) los estudios de persuasión se enmarcan dentro de un paradigma muy concreto en el que la influencia se debe a la emisión de un mensaje por parte de un comunicador que intencionadamente trata de formar, reforzar o cambiar las actitudes de una audiencia.

Finalmente, se desarrolla el cambio de actitudes a través de un cambio de conducta inducido por *incentivo*, normas sociales o sanciones legales. Según el modelo expectativa-valor (Fishbein y Ajzen, 1975), todo cambio de conducta inducido por modificaciones en la estructura del incentivo está mediado por cambios de las creencias individuales sobre las consecuencias de esta conducta y de las actitudes hacia la realización de la misma. De ese modo, una persona puede cambiar su conducta por los beneficios que le reporta dicho cambio y justificar de esta manera, el hacer algo que en principio no haría por propia motivación. Sin embargo, este cambio de conducta no conlleva necesariamente un cambio en la actitud, sino que este se verá influenciado por diversos factores. Asimismo, a la hora de estudiar el impacto actitudinal de la conducta inducida (obediencia), hay que tener en cuenta si esta conducta es consistente o inconsistente con las actitudes de la persona. De esta manera, se distingue entre conducta contraactitudinal y proactitudinal. Cuando se induce a las personas a comportarse de forma contraria a sus actitudes, la magnitud del cambio de actitud dependerá de su libertad de elección, de la magnitud del incentivo ofrecido por la conducta y

de la negatividad de las consecuencias de no llevar a cabo la conducta. Con alta elección y consecuencias negativas, el cambio de conducta será mayor cuando el incentivo sea menos importante. Cuando las personas tienen poca libertad de elección, habrá mayor cambio con recompensas importantes (Stroebe y Jonas, 1990).

Estos resultados se han estudiado desde distintos postulados teóricos. La teoría del equilibrio de Heider (1958) y la teoría de la congruencia de Osgood y Tannenbaum (1955), planteando, ambas, el problema de la incoherencia entre diferentes actitudes. Las dos tienen la misma hipótesis central: la falta de consistencia cognitiva entre actitudes produce un desequilibrio psicológico que tratará de equilibrarse cambiando alguna actitud.

La teoría de la *disonancia cognitiva* predice que la conducta contraactitudinal produce disonancia, y por tanto, las personas intentarán reducirla haciendo sus actitudes y conductas más consistentes entre sí. La magnitud de la disonancia, así como la motivación para reducirla, van a depender de cuantas cogniciones disonantes se hayan generado y/o de su importancia. Existen varias estrategias para reducir la disonancia, por un lado, se puede aumentar la importancia percibida de las cogniciones consonantes, y, por otro, se puede reducir la importancia de las cogniciones disonantes, convenciéndose a uno mismo de que la opción elegida es la mejor y reduciendo, por tanto, el estado emocional aversivo producido por la disonancia (Stroebe y Jonas, 1990). Sin embargo, cuando una conducta contraactitudinal puede justificarse atendiendo a la poca libertad de elección y/o a la obtención de beneficios por haber altos incentivos produce menos disonancia que la conducta que no se puede justificar de esa forma (Festinger y Carlsmith, 1959).

La *teoría de la auto-percepción* (Bem, 1965; 1972) asume que, dado que las señales internas son con frecuencia débiles, ambiguas o difíciles de interpretar, las personas se encuentran en numerosas ocasiones en la misma situación que los observadores externos

cuando se les pide que manifiesten su propia actitud. Por ello, las personas, al igual que los observadores, infieren sus actitudes a partir de situaciones relevantes de la conducta pasada, excepto cuando haya causas obvias no actitudinales para sus acciones (altos incentivos, poca libertad de elección (Stroebe y Jonas, 1990)).

Por su parte, la teoría del manejo de la impresión (Schlenker, 1982; Tedeschi y Rosenfeld, 1981; Tedeschi, Schlenker, y Bonoma, 1971) asume que las personas tienen un interés social de parecer consistentes ante los demás. De esta forma, se considera que una puntuación de una persona en una escala de actitud, tras un experimento de obediencia forzada, está más motivada por una necesidad de parecer ser consistente que por la de serlo en realidad. El aparente cambio de actitud de los participantes en las condiciones de bajo incentivo es una táctica para fingir consistencia entre la conducta y la expresión subsiguiente de la actitud (Schlenker, 1982).

Stalder y Baron (1998) encontraron diferencias individuales en los modos de reducción de la disonancia. De esta forma, las personas que tienen una alta complejidad atribucional, al buscar explicaciones abstractas y complejas, parecen reducir la disonancia causada por la defensa contra actitudinal considerando posibles justificaciones externas del acto discrepante con la actitud, antes que cambiar sus actitudes.

Estas teorías estuvieron enfrentadas, pero se ha llegado a un consenso respecto a su complementariedad. Así, según Fazio, Zanna, y Cooper (1977) la teoría de la auto-percepción describe con precisión el cambio de actitud en el contexto de la conducta congruente con la actitud, mientras que la teoría de la disonancia explica el cambio de actitud en el contexto de la conducta contraactitudinal.

A modo de conclusión, nos parece importante destacar que la Psicología Social ha estudiado en profundidad las actitudes en lo referido a su formación, sus funciones y sus



mecanismos de cambio, así como su capacidad para guiar decisiones conductuales y, por tanto, para predecir la conducta de la persona. Dada su gran relevancia a la hora de dirigir la conducta de las personas hacia el objeto de actitud, se han tenido en cuenta en el estudio de diversos campos, entre los que se encuentra el de la hipnosis.

#### **1.6.5. ACTITUDES, CREENCIAS, EXPECTATIVAS Y SU PAPEL MODULADOR EN LA HIPNOSIS**

Desde distintas aproximaciones al campo de la hipnosis se ha destacado la relevancia de las actitudes y creencias hacia ella, en la promoción de respuestas hipnóticas, para predecir la eficacia de las intervenciones que incluyen hipnosis y para evitar iatrogenia en las personas que la reciben (Capafons et al., 2015). Numerosos autores postulan que la presencia de actitudes positivas, al inicio del tratamiento, es una condición necesaria, aunque no suficiente para alcanzar niveles altos de sugestionabilidad hipnótica (Perry, Nadon, y Button, 1992; Spanos, 1982; Spanos et al., 1987). Dentro de las perspectivas socio-cognitivas, se considera fundamental el papel, tanto de las actitudes, como de las expectativas, ya que ambas explican una proporción de varianza mayor que otras variables (Kirsch y Council, 1992; Kirsch, Silva, Comey, y Reed, 1995; Wickless y Kirsch, 1989). Aunque, la evidencia sugiere que la relación entre las actitudes y la sugestionabilidad hipnótica no es lineal, ya que las personas con actitudes negativas obtienen de manera invariable puntuaciones bajas en sugestionabilidad, mientras que aquellas con actitudes positivas muestran una gran variabilidad en sus puntuaciones en sugestionabilidad (Green, 2012; Spanos et al., 1987). Estos resultados le otorgarían a las actitudes un papel modulador, incrementando así los niveles de sugestionabilidad hipnótica en presencia de otras condiciones, como la

interpretación activa de las sugerencias (Spanos, Robertson, Menary, y Brett, 1986) o la absorción (Spanos et al., 1987).

Schoenberger et al. (1997) encontraron resultados que confirman la asociación entre las actitudes hacia la hipnosis y la obtención de cambios terapéuticos, como ya hemos indicado. Estos autores destacan, además, que los resultados de los tratamientos a los que se adjuntan procedimientos hipnóticos se relacionan y pueden predecirse a partir de la presencia de actitudes positivas al inicio de los mismos.

Otra variable socio-psicológica relevante a la hora de determinar respuestas hipnóticas, es el establecimiento del *rapport*, paso esencial para crear unas actitudes positivas y expectativas realistas. Según Sheehan (2001) el *rapport* es la relación positiva que se da entre el terapeuta y el paciente. Esta relación actúa como factor mediador entre el cliente y el contexto, modulando las diferencias entre altos y bajos en sugestionabilidad (Lynn y Rhue, 1991a). Dentro de la situación hipnótica, el establecimiento del *rapport*, y todo lo que ello conlleva, se verá influido por el modo en que se presente la hipnosis al cliente (Capafons, 2001, 2012). Así, la información que el profesional proporcione al paciente debe estar dirigida al fomento de creencias ajustadas sobre las técnicas hipnóticas y a la creación de expectativas realistas sobre los resultados que se espera obtener, lo que en última instancia provocará una mayor adhesión al tratamiento (Capafons, 2001, 2012). Por lo tanto, el profesional que use la hipnosis debe conocer esa información correcta y ajustada, de tal manera que pueda ofertar la hipnosis al cliente cuando esta sea eficaz para su caso, así como evitar un mal uso de la misma. Capafons et al. (2015) afirman que unas actitudes positivas y adecuadas basadas en una información correcta, redundan en la disminución de miedos y de expectativas sobredimensionadas sobre lo que se puede esperar en hipnosis. Lo anterior

favorece la aparición de respuestas a sugerencias hipnóticas y la adhesión a la intervención (Capafons, 2012; Hawkins y Bartsch, 2000; Spanos et al., 1987).

De esta forma, tanto las actitudes, como las creencias y las expectativas son de gran relevancia dentro del campo de la hipnosis desde una perspectiva socio-cognitiva por las siguientes razones: tienen una influencia moduladora en la sugestionabilidad hipnótica, promueven respuestas hipnóticas y cambios terapéuticos, están implicadas en el establecimiento del rapport (Capafons et al., 2003; Capafons et al., 2004; Capafons et al., 2015), y el no evaluarlas y manejarlas de manera eficaz puede llevar a usos iatrogénicos de la hipnosis, ya que, como afirman Capafons y Mazzoni (2005) y Capafons et al. (2015), unas creencias inadecuadas sobre la hipnosis, ya sean por parte del terapeuta y/o del paciente, son los únicos factores de riesgo demostrados que pueden generar iatrogenia, especialmente en el ámbito clínico.

Shimizu (2014) afirma que es más eficaz mejorar las expectativas terapéuticas que corregir conceptos erróneos acerca de la hipnosis en los pacientes antes de iniciar el tratamiento, lo cual entendemos que resulta altamente peligroso por todo lo que se ha desarrollado anteriormente. De hecho, el corregir conceptos equivocados puede ser parte de la propia intervención terapéutica y provocar cambios positivos en los problemas de los usuarios, como ocurre con el Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta (Capafons, 1999; Capafons y Mendoza, 2009, 2010b). Es casos excepcionales o urgentes, puede prescindirse de la corrección de conceptos, y pasar casi de manera inmediata a incrementar expectativas, incluso no mencionando la palabra hipnosis, pero eso requiere de mucha experiencia por parte del profesional, y se reduce, como indicamos, a situaciones y casos muy particulares (véase Lopes-Pires, Mendoza, y Capafons, 2009).

---

## 1.7. IATROGENIA DE LA HIPNOSIS

---

La hipnosis *per se* no es una técnica peligrosa para la persona hipnotizada, únicamente su uso desinformado, cuando no tendencioso por parte de terapeutas o hipnólogos legos es lo que puede resultar nocivo para la salud de aquellos que se ponen en sus manos. El peligro radica en que estos pseudo profesionales, así como los terapeutas mal informados y no formados científicamente sobre las técnicas hipnóticas transmiten, ya sea de manera intencional o no, mitos y concepciones erróneas a los clientes (Capafons, 1998a; 2012; Capafons y Mazzoni, 2005; Frauman, Lynn, y Brentar, 2000). Así, los mitos y conceptos erróneos hacia la hipnosis son considerados los principales obstáculos para una aplicación efectiva de la hipnosis (Meyerson, 2014).

La palabra *mito* se puede entender como una forma de desvirtuar y exagerar la realidad, o como una creencia que no se ajusta a la evidencia, pero que, aún con eso, es asimilada y mantenida en el tiempo. De todas las definiciones de mito, las que más se ajustan a lo que pretendemos reflejar son las siguientes:

Relato o asunto inventado o que da una falsa apariencia a una cosa” (“Mito”, 1996), y “Conjunto de creencias y de imágenes idealizadas que se forman alrededor de un personaje, un fenómeno, un acontecimiento histórico o una técnica y que les otorgan una fuerza y una importancia particulares (“Mito”, 1997).

La investigación indica que las creencias erróneas sobre la hipnosis son compartidas, tanto por la población no especializada, como por los profesionales, aunque no siempre se da esta convergencia (Mendoza, Capafons, Espejo, y Montalvo, 2009). Así, los mitos tienen efectos negativos sobre la persona y asustan tanto a terapeutas como a clientes, llevándoles a no utilizar un procedimiento que ha demostrado empíricamente su eficacia y eficiencia en el tratamiento de ciertos problemas. También sucede que atrae a personas que creen que la

hipnosis es la panacea para solucionar todos sus problemas. Capafons (1998a; 2009; 2012) recoge las principales creencias distorsionadas en siete mitos:

1. *La hipnosis no pertenece al campo de la psicología científica. Quienes la practican suelen ser charlatanes, curanderos u hombres del espectáculo. Las personas que mejoran con ella, son crédulos, ignorantes y “dependientes”.*

La hipnosis está integrada dentro del campo científico con una abultada investigación (Vallejo y Capafons, 2005), además la hipnosis no solo se nutre de la ciencia, sino que la nutre (Kihlstrom, 2007) con sus experimentos y descubrimientos. Es cierto que los espectáculos televisivos contribuyen a que la visión que tenga la población sea que los que la practican forman parte del espectáculo, aunque, detrás de esta amplia variedad de técnicas que implica la hipnosis, existe un extenso número de profesionales que trabajan con ella con un alto rigor. Por otro lado, ser crédulo, ignorante, etc. depende más del modelo de hipnosis que se acepte, que de la respuesta a las sugerencias hipnóticas (Capafons, 2001, 2012).

2. *La hipnosis puede dejar a la persona “enganchada” en un trance, de forma que, al no poder “salir del estado hipnótico”, quedaría mermada en su volición o devendría en un demente.*

Las personas no se quedan “enganchadas” en un supuesto trance o estado alterado de la consciencia, entre otras cosas porque estos conceptos han sido abandonados científicamente (no desde un punto de vista clínico por sus más acérrimos defensores) por su contraria evidencia experimental (Hilgard, 1991; Kirsch, 1993; Lynn et al., 2015; Lynn y Kirsch, 2005; Sarbin y Coe, 1972; Spanos y Barber, 1976).

3. *La hipnosis puede explicitar o agravar psicopatologías “latentes” de la persona.*

*Incluso puede desarrollar alteraciones psíquicas en los individuos sanos. Los individuos con problemas psicopatológicos, puede empeorar con la hipnosis.*

La hipnosis, como cualquier otra intervención psicoterapéutica, puede generar efectos indeseables (Bergin y Gardfield, 1994), pero dichos efectos no son superiores a los encontrados en otras intervenciones, no siendo debidos a la propia hipnosis, sino a las creencias distorsionadas hacia ella (Lynn, Martin, y Frauman, 1996), las cuales se pueden prevenir fácilmente con una presentación adecuada del procedimiento hipnótico (Page y Green, 2002).

4. *La hipnosis provoca un “estado” similar al del sueño, en el que la persona muestra unas características especiales. Si no se alcanzan tales características, la persona no está hipnotizada. Solo se puede estar en esa situación especial, si se ha recibido un método de inducción hipnótica.*

Sueño e hipnosis no tiene nada que ver, su relación solo tiene que ver con la traducción del “experimento” llevado a cabo por Armand-Marie-Jacques de Chastenet, Marqués de Puységur (1751-1825), quien concluyó que el efecto real del magnetismo animal era crear un sonambulismo artificial (Capafons, 2001). De ahí se pasó a creer en ese sueño, y se le denominó hipnosis, al menos, por Braid (1843) de “Hipnos” sueño en griego, autor que pronto quiso abandonar esta denominación al darse cuenta de que no era correcta (Sarbin y Coe, 1972). Asimismo, contribuyeron las opiniones obsoletas de Pavlov (1923) sobre la similitud entre sueño e hipnosis.

Por otro lado, hay distintos tipos de hipnosis que ya no solo no implican sugerencias de adormecimiento y somnolencia en la inducción, sino que sugieren alerta, cuando no alerta y activación. De ahí que se hable de hipnosis por restricción de la atención, hipnosis alerta, hipnosis activo-alerta e hipnosis despierta (Alarcón y Capafons, 2006;

Capafons, 2004, 2012; Capafons y Mendoza, 2010b), que no tiene que ver con estados de relajación o “somnolientos”, pudiendo darse o recibir sugerencias mientras se anda, habla, etc. Este es el caso de la hipnosis despierta, la cual no podemos decir que haya surgido recientemente (Wells, 1924).

5. *La hipnosis elimina y anula el control voluntario de la persona. Esta deviene en un autómata en manos del hipnotizador, por lo que puede cometer actos delictivos, antisociales, inmorales o que le llevan al ridículo social.*

A esta idea han contribuido la literatura, el cine, los espectáculos bochornosos y algunos abogados criminalistas que han querido manifestar el poder del hipnotizador sobre la persona que ha sido hipnotizada. Lynn y Kirsch (2005) desde la teoría del *set* de respuesta sobre la hipnosis, afirman que buena parte de nuestro comportamiento cotidiano está automatizado, no siendo conscientes de ello. De esta forma, la persona hipnotizada se da cuenta de esta ilusión de voluntariedad y actúa bajo esta experiencia, mientras que el no hipnotizado no es tan consciente de esa ilusión de voluntariedad. Con dicha afirmación no puede inferirse que la conducta de una persona hipnotizada cae bajo el control de otras variables diferentes de las que regulan su vida de forma cotidiana. Por otro lado, Capafons (1998b, 2001) refiere que la persona hipnotizada no solo no pierde el control, sino que incrementa su auto-control precisamente través de la auto-hipnosis. En la mayoría de los casos anecdóticos en los que supuestamente la hipnosis se ha usado para abusar de la persona hipnotizada, lo que realmente parece explicar esta aparente pérdida de control es el control social que ya tenía quien hipnotiza sobre la persona hipnotizada, como ser su terapeuta, guía espiritual, etc. (Orne, 1962).

6. *La hipnosis provoca reacciones inusuales, excepcionales y cuasi mágicas en las personas. De esta forma, afirman que lo que se recuerda bajo hipnosis siempre es verdad.*

Aun cuando hipnoterapeutas legos e hipnotizadores de espectáculo insisten en las reacciones anteriormente señaladas, no se ha encontrado comportamiento alguno que no pueda lograrse sin hipnosis (Bernheim, 1884; Capafons, 2009). Respecto a la relación hipnosis y memoria seguidamente se ahondará de una forma más detallada para poder refutar dicho mito.

7. *La hipnosis es una terapia (hipnoterapia), sumamente útil, rápida y eficaz, que no exige ningún esfuerzo por parte del cliente para cambiar de comportamiento. Solo las personas muy susceptibles, sin embargo, pueden beneficiarse de ella.*

La hipnosis no es una terapia psicológica, sino, además del campo de estudio experimental que hemos comentado, es un conjunto de técnicas y procedimientos psicológicos más, que en todo caso, marcan un estilo de tratamiento. Así Kirsch, Montgomery, y Sapirstein (1995) afirman que la hipnosis es un adjunto a otras formas de psicoterapia, como ya hemos comentado líneas antes, especialmente ratificado por la investigación actual, también descrita. Respecto a la otra afirmación de que solo se benefician personas muy susceptibles (sería mejor decir sugestionables), sabemos que, en general, como ya se ha indicado, que no es una alta sugestionabilidad hipnótica lo que hace que las personas mejoren cuando se adjunta la hipnosis en las intervenciones médicas o psicológicas, sino el que presenten una actitud positiva hacia la técnica (Schoenberger, 2000). Carvalho, Mazzoni, y Kirsch (2014) afirman que la sugestionabilidad hipnótica no es un predictor de la adhesión a las prescripciones terapéuticas que se asignen.



Por todo lo anterior, se entiende que la decisión de llevar a cabo una intervención en la que se empleen las técnicas hipnóticas como coadyuvantes debe ir acompañada de la evaluación previa de las actitudes de los clientes y la erradicación de sus posibles mitos (Capafons, 2001, 2012; Capafons, Mendoza et al., 2008; Spanos et al., 1987). El hecho de evaluar y analizar las creencias y actitudes hacia la hipnosis tiene una larga tradición (Mendoza, Capafons, y Flores, 2009). Por lo tanto, que el paciente reciba información correcta fomentará, en general, actitudes más positivas hacia la hipnosis y expectativas más realistas (Capafons, 2001; Hawkins y Bartsch, 2000; Schoenberger et al., 1997), lo que redundará en una disminución de sus miedos y favorecerá la activación de las respuestas hipnóticas (Echterling y Whalen, 1995). De esta manera, el manejo eficaz de las concepciones erróneas conlleva, tanto el educar a los pacientes para que sus expectativas y sus experiencias durante la hipnosis clínica sean congruentes, como el modificar el procedimiento para alcanzar el mismo objetivo (Chaves, 1999).

Desde un planteamiento socio-cognitivo, diversos autores han resaltado la importancia de no plantearle al cliente la hipnosis como un trance o un estado alterado de conciencia (Capafons, 2001; Kirsch, 1994, 1999). Años de investigación han fracasado en confirmar la hipótesis del estado-alterado (Edmonston, 1981; Kirsch et al., 1992; Lynn et al., 2015). Los estudios psicofisiológicos ni confirman, ni niegan la existencia de tal estado de trance (Capafons, Lamas et al., 2008), y de hecho los autores plantean que preguntarse si es un estado de trance la hipnosis es una pregunta errónea, pues más bien habría que preguntarse qué cambios se dan cuando la persona está hipnotizada, y los cambios son los que se sugieren (Mazzoni, Venneri, McGeown, y Kirsch, 2013; Oakley y Halligan, 2010) como se ha indicado, por lo que está justificado considerarlo otro mito que debe explicarse, o como una sugestión más (Wagstaff, 1998). También, su aclaración, puede aumentar los efectos de la hipnosis de al menos dos formas: primero, personas sin experiencia previa en hipnosis suelen mostrarse temerosos con la idea de entrar en un “trance”. Segundo, quienes creen que la

hipnosis es un estado alterado es menos probable que experimenten los efectos que esperan (Lynn, Vanderhoff, Shindler, y Stafford, 2002; McConkey, 1986). Aunque estas personas estén deseosas y no teman experimentar un trance, la idea de un estado alterado las lleva a mantener estándares altos e irrealistas para evaluar y creer que han estado hipnotizados. Cuando concluyen que no están en un trance, sus expectativas de respuesta, y a partir de ahí sus respuestas posteriores disminuyen (Kirsch, 1990). Por el contrario, desmitificar el estado alterado permite al cliente interpretar su implicación como evidencia de que la inducción ha tenido éxito, facilitando, por tanto, la respuesta a las sugerencias (Kirsch, 1999). Este dato se confirma en el estudio de Lynn, Green, Jaquith, y Gasior (2003), cuyos resultados ponen de manifiesto que presentar la hipnosis en términos de trance puede aumentar el criterio de la persona para sentirse hipnotizado, reduciendo, así, su experiencia. Añadido a lo anterior, el estudio ya mencionado de Capafons, Selma et al. (2006), con participantes reacios a ser hipnotizados, mostró que presentar la hipnosis como un estado alterado de conciencia, en un contexto de heterohipnosis, producía más abandonos y menor disminución del miedo a ser hipnotizado, en comparación con cualquier otra presentación que no incluyera términos como trance, estado alterado de conciencia o similares. Esto no ocurrió cuando se ofreció a los participantes reacios a ser hipnotizados, el aprender un método de auto-hipnosis (Capafons, Cabañas et al., 2005), lo que llevó a pensar a los autores, que el problema de definir a la hipnosis como un estado de trance o de alteración de conciencia es el miedo a perder el control (Capafons, Selma et al., 2006).

Como ya mencionábamos anteriormente, otra forma de hacer iatrogénica a la hipnosis es su utilización para la recuperación de recuerdos, ya que no existe evidencia científica convincente que apoye que la regresión hipnótica pueda ayudar a recordar hechos y episodios autobiográficos que la persona no es capaz de recordar fuera de hipnosis, ni siquiera que provoquen más recuerdos que cuando no se le sugiere nada (Larra, Valero, y Abascal, 2003). Además potencia esa iatrogenia la creencia errónea de que la memoria funciona como una grabadora que lo registra todo sin error y que esa información

almacenada, se puede acceder a ella sin distorsiones a través de la hipnosis (Capafons, 2009). Los estudios han demostrado que las inducciones hipnóticas generan en realidad y como mínimo, tantos recuerdos falsos como verdaderos (Dinges et al., 1992) y que producen un aumento en la confianza de todo aquello que la persona es capaz de recuperar (Scoboria, Mazzoni, y Kirsch, 2008; Scoboria, Mazzoni, Kirsch, y Milling, 2002), ya que existe una creencia popular que lo que se recuerda bajo hipnosis tendrá mayores detalles y una mayor exactitud en comparación con lo que se recuerde sin hipnosis (Mazzoni, Laurence, y Heap, 2014), si bien las creencias sobre las capacidades de la hipnosis para mejorar la memoria parecen, ser en parte, las responsables de este efecto en la persona hipnotizada (Capafons y Mazzoni, 2005). De hecho, el uso de técnicas hipnóticas para la recuperación de recuerdos pasados está estrechamente ligado al estudio de los falsos recuerdos. En el estudio de Wagstaff et al. (2004) concluyeron que cambiando el nombre de “hipnosis” por el de “estado de meditación focalizada” los efectos sobre la imprecisión de la memoria se redujeron drásticamente, si bien el incremento de recuerdo correcto no fue especialmente significativo.

Utilizar la hipnosis con fines diagnósticos y/o terapéuticos intentando recuperar un suceso patógeno (cuyo recuerdo está dissociado en el inconsciente) puede generar cierta iatrogenia relacionada con las creencias y mitos indicados sobre la hipnosis, a saber, el recuerdo erróneo de haber sufrido abusos sexuales que no existieron, de haber sido sometido a rituales satánicos que nunca se dieron o de haber sido objeto de abducciones extraterrestres, incluso el desarrollo de personalidades múltiples. Así, Mazzoni, Heap, y Scoboria (2010) indican que el uso clínico de la hipnosis como herramienta para la recuperación de memorias en terapia es potencialmente peligroso. El uso de las regresiones de edad en hipnosis para acceder a material dissociado es muy poco fiable. Además, cuando estas regresiones pretenden redescubrir el pasado y resolver traumas reprimidos o

disociados, o incluso volver a vidas pasadas, se basan en una teoría sobre la disociación y la amnesia psicógena carente de evidencia científica (Piper, Pope, y Borowiecki, 2000). Hay que destacar, asimismo, que la represión se considera un constructo impreciso sobre el que no existe evidencia experimental (J. H. Court y Court, 2001; Holmes, 1990). Y, aun cuando se pudiera haber dado un proceso de represión y/o disociación, este no sería la prueba de que el recuerdo haya permanecido inalterado y no se haya modificado por los procesos reconstructivos de la memoria que afectan a otros tipos de recuerdos (Capafons y Mazzoni, 2005; Piper et al., 2000).

Es importante señalar que también se ha comprobado que las experiencias de vidas pasadas inducidas mediante la hipnosis son fantasías elaboradas a partir de la cultura popular disponible sobre las vidas pasadas y hechos conocidos, o supuestos, respecto a períodos históricos específicos, así como de claves presentes en la situación hipnótica (Spanos, 1996), por lo que no puede considerarse sino una hipótesis más (Mills y Lynn, 2000).

Incluso cuando los recuerdos recuperados mediante la regresión de edad sean claros, vívidos y aparentemente convincentes, tras la revisión de más de una centena de estudios sobre los efectos de la regresión de edad en el recuerdo autobiográfico, se ha confirmado que no hay evidencia de que la experiencia de los adultos hipnotizados corresponda a la experiencia real infantil (Nash, 1987), a pesar de que algún estudio reciente, de dudosa metodología, que no menciona el estudio de Nash (1987), indique que la persona regresada realmente revive con precisión esos momentos (Giordano, Tikhonoff, Tosello, Lapenta, y Casiglia, 2012). En dicho estudio se contó con únicamente 10 participantes voluntarios, todos ellos altamente hipnotizables y el criterio que tuvieron los autores para confirmar la regresión de edad fue los resultados que mostraron en 10 de las láminas del test de Rorschach.

Por todo ello, pensar que la recuperación de recuerdos presenta un carácter terapéutico es una asunción no demostrada y cuestionable. Sin embargo, los efectos negativos que pueden tener los falsos recuerdos han sido ampliamente demostrados, entre otros muchos problemas, pueden llevar a la ruptura de los vínculos familiares por falsas acusaciones. Así, el uso de la hipnosis para aumentar o recuperar recuerdos no está justificada (Lynn y Kirsch, 2006). Distintas asociaciones profesionales han puesto de manifiesto su recomendación de que la hipnosis no se utilice para la recuperación de recuerdos, ni en contextos forenses a menos que sean casos excepcionales de investigación en los que esos recuerdos puedan ser corroborados y cuando se utilicen procedimientos estrictos para asegurar un uso apropiado de investigación que no dirija las respuestas de la persona (*American Psychological Association*, 1995; *Canadian Psychiatric Association*, 1996; *American Medical Association*, 1995). De esta forma, la Sociedad Británica de Psicología (*British Psychological Society*, 2001) advierte que “la hipnosis no debería utilizarse basándose en la idea de que con ella se pueden recuperar recuerdos de sucesos de los que el sujeto no se acuerda, pero que se supone que son la causa de su problema actual” (p.12).

También se puede generar falsos recuerdos mediante la realización de preguntas tendenciosas (*leading questions*), esté la persona hipnotizada o no. De acuerdo con investigaciones sólidas realizadas hace bastante tiempo, el informe verbal de una persona es susceptible de ser modificado a través del refuerzo diferencial de la conducta verbal (Greenspoon, 1951). Igualmente, las preguntas tendenciosas presentan el riesgo de que la información errónea cambie el recuerdo del suceso original (Capafons y Mazzoni, 2005).

Asimismo, se ha constatado que no hay criterios válidos para saber si un recuerdo es falso o verdadero, a menos que existan evidencias objetivas e independientes. Aunque algunos terapeutas tienden a aceptar como ciertas las expresiones de los clientes sobre la

recuperación de recuerdos disociados basándose en las respuestas emocionales fuertes de los pacientes, en lo detallado y coherente de algunos recuerdos y en el gran convencimiento de la persona de que lo recordado es cierto (posiblemente porque tiene la creencia de que todo lo que se recuerda en hipnosis es cierto), estos no son criterios válidos para afirmar que un recuerdo sea verdadero y el episodio que recuerda el cliente haya ocurrido en realidad. Por eso, el principal problema de usar la hipnosis sigue siendo la falta de certeza en lo que se obtiene con ella (Capafons y Mazzoni, 2005). Sigue habiendo autores que defienden que la hipnosis regresiva puede ser útil para encontrar evidencia sobre recuerdos de traumas “disociados”, pero a todo lo que se puede llegar es a aceptar que lo recordado es, como máximo, una hipótesis o pista a confirmar (Wester y Hammond, 2011).

Finalmente, los hipnoterapeutas con creencias erróneas sobre la hipnosis provocan al menos tres tipos de riesgos para las personas hipnotizadas: en primer lugar, pueden ser ineficaces al tratar el problema, pudiendo así agravarlo, aumentando la frustración, la desesperación y el efecto nocebo en el cliente que confió en el terapeuta (Capafons y Mazzoni, 2005). En segundo lugar, pueden aplicar tratamientos con hipnosis que están contraindicados para la persona, como los que incluyen prácticas de hipnosis regresiva, confrontación con imágenes altamente ansiógenas y de asociación libre, todo ello utilizando un estilo coercitivo y presionando al cliente a revivir las experiencias reales o imaginarias traumáticas (Heap, 1996). Y, por último, las prácticas de estos terapeutas pueden generar falsos recuerdos en el cliente, al usar la hipnosis como una herramienta encaminada a recuperar información olvidada o incluso reprimida o disociada del consciente, y al utilizar de manera intencionada o no preguntas tendenciosas (Capafons y Mazzoni, 2005).

Para concluir, como ya hemos indicado, se puede afirmar que las creencias hacia la hipnosis es lo único que realmente se ha mostrado iatrogénico, cuando son inadecuadas, y de

ahí la importancia de evaluarlas, ya sea para evitar un uso iatrogénico de la hipnosis, o para aplicarla cuando resulte de utilidad, sin que el profesional o el usuario la rechacen.

---

## **1.8. TIPOS DE ESTUDIOS SOBRE ACTITUDES Y CREENCIAS HACIA LA HIPNOSIS**

---

La investigación sobre las creencias y actitudes hacia la hipnosis se puede dividir en tres grandes áreas. La primera es sobre los estudios que han elaborado y validado instrumentos para medir las actitudes hacia la hipnosis en distintos tipos de poblaciones (público en general, pacientes, estudiantes y profesionales de la salud) así como las fuentes de información que les han llevado a tener esas creencias y actitudes. Una segunda se focaliza en los estudios de los cambios que se producen en las actitudes tras tener experiencias con la hipnosis o recibir distintos tipos de información. Y por último, está el área que estudia la relación de las actitudes con otros constructos como la absorción y la sugestionabilidad.

### **1.8.1. INVESTIGACIONES SOBRE LAS ACTITUDES DEL PÚBLICO EN GENERAL**

Large y James (1991) entrevistaron dos grupos de personas, una fue seleccionado con población de Auckland (Nueva Zelanda) y el otro era de pacientes de una clínica para el tratamiento del dolor. Los resultados mostraron que aquellas personas que habían visto espectáculos de hipnosis en la televisión, o en vivo, eran más reacios al uso de la hipnosis y se habían creado una impresión negativa de esta técnica. Los autores concluyeron que no es recomendable el uso de la hipnosis como un entretenimiento, ya que la imagen que se transmite fomenta los mitos y concepciones erróneas de la hipnosis que llevan a las personas a recelar sobre una técnica que puede serles de gran ayuda.

Johnson y Hauck (1999) estudiaron las actitudes hacia la hipnosis y las fuentes a partir de las cuales se habían formado estas actitudes de cuatro muestras de diferentes edades,



intereses y localizaciones geográficas de los Estados Unidos. Los resultados mostraron que, aunque las personas habían obtenido información de diferentes fuentes, sus ideas y creencias sobre la hipnosis eran bastante consistentes en todas las muestras. Un porcentaje elevado de los participantes tenía las siguientes creencias erróneas: el éxito de la hipnosis depende de las habilidades del hipnotizador (86%); la persona hipnotizada no se da cuenta de lo que ocurre a su alrededor (78%); y la hipnosis es una herramienta poderosa para recordar con precisión eventos que tuvieron lugar en el momento de nacer (74%) o incluso en vidas pasadas (58%) (Johnson y Hauck, 1999).

Finalmente, en un estudio de Barling y De Lucchi (2004) se entrevistó a personas de las salas de espera de consultas psicológicas que habían tenido experiencias con hipnosis y de salas de espera de consultas médicas que no habían sido hipnotizadas. Los resultados indicaron que el tener experiencias previas con hipnosis estaba asociado a un conocimiento más preciso, creencias más ajustadas y actitudes más positivas sobre la hipnosis y una mayor intención de usar la hipnosis clínica. Añadido a lo anterior, los participantes que habían obtenido información de la hipnosis a partir de su experiencia personal tenían de forma significativa un conocimiento más preciso, actitudes más positivas y mostraban menos miedo en comparación con los participantes que habían obtenido la información a partir de programas de televisión.

### **1.8.2. INVESTIGACIONES SOBRE LAS ACTITUDES DE LOS ESTUDIANTES**

El estudio de McConkey y Jupp (1986) es una réplica internacional utilizando estudiantes australianos del estudio realizado por McConkey (1986) con población estadounidense. Los resultados muestran que los estudiantes consideran la hipnosis como un estado alterado de conciencia en el que se puede obligar a las personas a decir la verdad sobre

lo que en condiciones normales mentirían, que las sugerencias hipnóticas pueden mejorar la memoria y que, tras finalizar la sesión hipnótica, la persona no recuerda lo que ocurrió. Los mismos resultados se encontraron en un estudio posterior realizado en Escocia por Daglish y Wright (1991), aunque con algunas diferencias que indican que los estudiantes australianos están mejor informados que los escoceses. Por ejemplo, los australianos sabían que la persona hipnotizada puede ignorar cualquier sugerencia que no le guste, mientras que los estudiantes de Escocia no sabían responder a esta pregunta.

Channon (1984) estudió las creencias que se encuentran con más frecuencia, en estudiantes de Medicina y Psicología, con un total de 372 participantes. Se concluye que se asocia la hipnosis con un estado de sueño en el que se pierde el control, que permite mejorar la memoria y bajo el que no se puede mentir. Aun así, solo un pequeño porcentaje de esos estudiantes de Medicina considera de utilidad clínica la hipnosis, siendo pocos los problemas que consideran válidos para ser tratados con esta técnica (Channon, 1984).

Koizumi (2001) realizó un estudio con un test de asociación de palabras utilizando una muestra de 890 estudiantes universitarios japoneses. Los resultados siguen la línea de los trabajos anteriores y mostraron que un número importante de personas juzgaron la hipnosis como una técnica que les generaba miedo, no fiable y manipuladora, considerando que la hipnoterapia debía situarse en algún lugar entre los tratamientos psicológicos científicos y los fenómenos paranormales (Koizumi, 2001).

Yu (2004a) hizo una investigación sobre actitudes hacia la hipnosis con estudiantes asiáticos y fue el primer acercamiento importante a la replicación cultural internacional de los resultados con anglo-parlantes frente a chinos de Hong Kong (Yu, 2004a). Los resultados indicaron que los estudiantes chinos de Hong Kong tienen las mismas creencias erróneas sobre la hipnosis que se han encontrado en los estudios con poblaciones de americanos,

australianos y británicos. Un número significativo de chinos piensa que la hipnosis mejora la memoria y permite recordar incluso eventos de vidas anteriores. También los participantes más hipnotizables mostraban actitudes más positivas y menos escépticas hacia la hipnosis. Sin embargo, los estudiantes chinos considerados como medios y bajos en hipnotizabilidad parecían adoptar puntos de vista más escépticos hacia la hipnosis. Estos participantes tendían menos a creer, por ejemplo, que la experiencia de hipnosis depende de la capacidad del hipnotizador y no del hipnotizado. Por otra parte, las personas que se consideraban altas en hipnotizabilidad parecían tener actitudes hacia la utilización de la hipnosis mucho más positivas (Yu, 2004a).

Capafons, Espejo et al. (2005) realizaron una investigación con población latina sobre las actitudes hacia la hipnosis de una muestra de estudiantes de Medicina cubanos. Se compararon con las de muestras de estudiantes españoles, hondureños, argentinos y chilenos. Se observó que los cubanos consideran la hipnosis una técnica útil y que tienen menos miedo que los otros latinos estudiados, pero creen más que fomenta la memoria y que la persona hipnotizada pierde el control sobre su conducta. Puesto que los cubanos consideran que la hipnosis está al margen de la investigación científica, no corrigen estas creencias. Esto podría llevar a que se use la hipnosis de forma poco útil e iatrogénica, y privar a los pacientes de los beneficios de la hipnosis como coadyuvante a los tratamientos médico-psicológicos (Capafons, Espejo et al., 2005), aun cuando con la importante labor de difusión de la hipnosis desde una concepción científica en dicho país, están cambiando las cosas a gran velocidad (Martín et al., 2010).

La investigación de Green, Page, Rasekhy, Johnson, y Bernhardt (2006) se realizó con muestras de estudiantes de cuatro países. Los participantes de Australia, Alemania, EE.UU. e Irán rellenaron tres cuestionarios sobre creencias y actitudes hacia la hipnosis y, aunque las

respuestas variaban en función del país, (por ejemplo, los estudiantes estadounidenses mostraban actitudes más positivas hacia la hipnosis en comparación con los estudiantes australianos; los iraníes asociaban con mayor frecuencia la hipnosis con “debilidad mental” y mostraban más miedo que los estadounidenses y alemanes; los alemanes veían la hipnosis como un estado alterado de consciencia en menor grado que los estadounidenses e iraníes) hubo una notable similitud entre gran cantidad de los ítems, lo cual lleva a los autores a concluir que ciertas creencias y actitudes hacia la hipnosis no son específicas de la cultura.

Green y Lynn (2011) examinaron el efecto que producía proporcionar información sobre las actitudes hacia la hipnosis con el rendimiento hipnótico posterior. En su estudio participaron 460 estudiantes. Los resultados mostraron una débil asociación entre las actitudes y el rendimiento hipnótico, pero la correlación no se vio afectada por la información prehipnótica con las actitudes y el rendimiento hipnótico posterior. Las expectativas hacia la hipnosis fue lo que generó una más fuerte correlación con el rendimiento hipnótico.

Por otro lado, la Psicología Forense ha utilizado la hipnosis para ayudar a los testigos a recordar. Sin embargo, las creencias que las personas tengan sobre la hipnosis influirán en la conducta de un testigo hipnotizado y en los miembros del jurado que escuchen y valoren el testimonio influenciado hipnóticamente. En un estudio de Wilson et al. (1986), se estudiaron las creencias de estudiantes y personas con derecho a voto que pueden ser llamadas como miembros de un jurado. Se encontró que una gran parte de los estudiantes tenía creencias erróneas sobre la hipnosis como que una persona hipnotizada puede hacer cosas en contra de su voluntad, que la hipnosis produce amnesia espontánea de lo ocurrido bajo hipnosis y que las personas hipnotizadas no pueden mentir. Un 70% de estudiantes frente a un 50% de los otros participantes se mostraron favorables al uso de la hipnosis por parte de la policía

para aumentar la memoria. Sin embargo, tanto los estudiantes como los otros participantes dijeron que confiarían menos en un testimonio de alguien que hubiera sido hipnotizado que en el de alguien que no (Wilson et al., 1986). Steblay y Bothwell (1994) realizaron un meta-análisis con 24 estudios relevantes en el ámbito forense, concluyendo que la hipnosis produce de forma global más errores de memoria y mayores recuperaciones de recuerdos falsos comparados con los métodos no hipnóticos. Añadido a lo anterior, lo que sí está claramente documentado es que con hipnosis se produce un incremento en la confianza de la información que ha sido recuperada (Scoboria et al., 2008; Scoboria et al., 2002).

### **1.8.3. INVESTIGACIONES SOBRE LAS ACTITUDES DE PROFESIONALES DE LA SALUD.**

Vingoe (1982) publicó un estudio sobre las actitudes hacia la hipnosis de profesionales de la salud británicos. Aplicó un cuestionario sobre actitudes a Psicólogos Clínicos y Psicólogos Educativos, y comparó sus respuestas. Este cuestionario no evaluaba las posibles creencias erróneas de los profesionales, sino su actitud ante su uso, así como la eficacia que creían que tenía. En general, tanto los psicólogos clínicos, como los educativos tenían una actitud favorable hacia el uso de la hipnosis, considerándola una técnica eficaz en el tratamiento de ciertos problemas emocionales, que puede acortar el tratamiento con beneficios más duraderos. Sin embargo, cabe destacar que los psicólogos educativos se mostraban más de acuerdo con su uso, y tendían a considerarla más eficaz y como un tratamiento de elección, mientras los psicólogos clínicos se mostraban más inseguros al respecto. El autor sugiere que esta diferencia podría deberse a que cada grupo de psicólogos atiende una clientela diferente. Por último, ambos grupos consideran que no

tienen la formación suficiente para utilizar la hipnosis en su práctica y creen que debería haber más cursos disponibles para su aprendizaje (Vingoe, 1982).

Yapko (1994) desarrolló y administró un cuestionario de actitudes hacia la hipnosis a una muestra de 869 psicoterapeutas de los Estados Unidos, encontrando que la mayoría de ellos tenían una actitud favorable hacia la hipnosis. Sin embargo, esta actitud estaba basada en creencias erróneas sobre esta técnica, como por ejemplo un 47% de los terapeutas creían que el recuerdo que se obtiene bajo hipnosis se le debía creer más, y un 54% creían que con hipnosis se podían recordar cosas incluso del nacimiento. Esto puede llevar a un uso iatrogénico de la hipnosis, sobre todo cuando se aplica para intentar recordar episodios de abusos en la infancia, que pueden ser más el producto de recordar lo sugerido que un suceso real, como ya referimos en un apartado anterior (iatrogenia de la hipnosis).

Yu (2004b) realizó otro estudio sobre actitudes (posterior al comentado anteriormente) con muestra de estudiantes, pero esta vez aplicando el mismo cuestionario a profesionales de la salud de Hong Kong. Se observó que los profesionales tenían las mismas creencias erróneas sobre la hipnosis y sus aplicaciones que los estudiantes. Sin embargo, los profesionales mantenían una actitud más escéptica que podría ser positiva al evitar que se hiciera un mal uso de esta técnica, pero también impedía que los pacientes se beneficiaran de las ventajas que ofrece la hipnosis. El autor concluye que hay un gran déficit de formación sobre hipnosis en las universidades de Hong Kong y que los que en la actualidad la están aplicando carecen de formación en Psicología o no son profesionales de la salud, y esto conlleva que se produzca un mal uso de la hipnosis, y por tanto, que se sigan manteniendo las creencias erróneas sobre la misma (Yu, 2004a). Claro, que de esto hace ya 11 años, no conociendo más publicaciones de Yu que nos indiquen que esto haya cambiado.

Cabe destacar un estudio realizado en la Universidad de Indiana (EE.UU.) que evaluó las actitudes hacia la hipnosis en tres muestras pertenecientes a la Facultad de Odontología, una de alumnos de licenciatura (pre-doctoral), otra de los profesores y una tercera de los pacientes que acudían a la clínica dental (Chaves, 2004). Los resultados mostraron que todos los grupos encuestados tenían una actitud positiva hacia la hipnosis, aunque los profesores eran más favorables que los estudiantes y los pacientes. También se observó que aquellos participantes que habían tenido alguna experiencia con hipnosis se mostraban más favorables, así como que los profesores que habían hecho algún curso sobre hipnosis tenían una actitud mucho más positiva. Sin embargo, estos resultados hay que tomarlos con cautela a la hora de generalizar, ya que se puede suponer que, si se ha encontrado una actitud positiva en una gran facultad del Medio Oeste de un estado conservador, esta misma actitud podría encontrarse también en otras áreas menos conservadoras del país (Chaves, 2004).

En Australia se llevaron a cabo dos estudios para conocer las actitudes hacia la hipnosis de los anestelistas y las matronas. Coldrey y Cyna (2004) enviaron un cuestionario que evaluaba el efecto de haber tenido una experiencia previa con hipnosis en las actitudes hacia la misma, a 317 anestelistas colegiados residentes en Australia del Sur. Respondieron 218 anestelistas y la mayoría de las que lo hicieron (63%) calificaron su nivel de conocimiento de la hipnosis como por debajo de la media. Casi la mitad de ellos indicaron que consideraban la hipnosis de utilidad en la anestesia clínica, sobre todo en áreas como dolor y para reducir estados de ansiedad; y apoyaban el uso de la hipnosis y las sugerencias positivas junto con la anestesia. Aquellos participantes que habían tenido experiencia previa con hipnosis eran los que más apoyaban la formación en esta técnica, tanto en la licenciatura, como en estudios de post-grado. También en Australia Eng y Cyna (2006) compararon el conocimiento y las actitudes hacia la hipnosis de las matronas de hospitales que ofrecían servicio de hipnosis con los que no tenían este servicio. Los resultados

mostraron que las matronas que trabajaban en hospitales con servicio de hipnosis apoyaban su uso por considerarla de ayuda durante el parto y recomendaban la hipnosis como un analgésico coadyuvante durante el parto. También estas matronas expresaban más interés en que haya formación en hipnosis durante sus estudios universitarios. Aquellas matronas que no habían tenido experiencias con hipnosis clínica tenían más concepciones erróneas sobre la misma, debidas a su conocimiento de esta técnica únicamente mediante los programas televisivos que la utilizan como entretenimiento. Aun así, una gran mayoría de las matronas de ambos hospitales (83%) expresaban su interés en la inclusión de las técnicas de sugestión como parte de su formación (Eng y Cyna, 2006).

El primer estudio en lengua francesa que evalúa las actitudes de los médicos e internos hacia la hipnosis médica se llevó a cabo en Suiza (Roggiani, 2002). Solo un 10% de los profesionales respondieron al cuestionario y los resultados mostraron que un 50% de ellos considera la hipnosis importante como un coadyuvante en los tratamientos médicos, sobre todo para el tratamiento del dolor, del tabaquismo, de los trastornos psiquiátricos y gastroenterológicos. También dos tercios de ellos dijeron haber derivado pacientes a hipnoterapeutas y haber solicitado información sobre hipnosis. A pesar del elevado interés mostrado, los profesionales dijeron tener conocimientos reducidos sobre hipnosis, habiendo solo un 20% que afirmaba tener la capacidad para poder definir la hipnosis a sus pacientes y de explicar sus indicaciones. Además, un 70% mostró interés en aprender más sobre hipnosis. El cuestionario incluía algunos de los mitos frecuentes sobre la hipnosis y en los resultados se observó que solo un porcentaje muy bajo de los profesionales mantenía concepciones erróneas sobre la hipnosis. También, se incluyó una pregunta sobre la fuente de la que los médicos tenían información sobre hipnosis y la mayoría tenía conocimientos mediante sus colegas, seguido por artículos y seminarios sobre el tema (Roggiani, 2002).



Capafons, Morales et al. (2006) evaluaron las actitudes de 775 profesionales de la Psicología, los resultados mostraron pocas creencias erróneas, un muy alto interés en recibir formación en hipnosis (90%), y además un 43,8% referían tener conocimientos científicos sobre hipnosis. Dichos autores refieren las limitaciones de su estudio por el posible sesgo en la muestra, ya que era muy probable que los colegiados que decidieron responder sean los que muestran más interés hacia la hipnosis.

Más recientemente, la investigación de Mendoza, Capafons, Espejo et al. (2009), como hemos indicado, analizó las creencias y actitudes hacia la hipnosis de los colegiados españoles mediante la EVACH-T. Los resultados indican que los colegiados que respondieron a la escala tienen, en general, creencias ajustadas sobre la hipnosis y una actitud positiva hacia la misma. No se encontraron diferencias entre los distintos Colegios Oficiales de Psicólogos en cuanto a creencias y actitudes hacia la hipnosis. Aunque los autores señalaron que, debido al reducido tamaño de la muestra, la prueba de significación estadística se vio afectada para lo cual recomiendan que se vuelva a repetir el estudio aumentando su tamaño.

El que los profesionales de la salud cuenten con unas creencias ajustadas hacia lo que es la hipnosis y sus aplicaciones clínicas resulta especialmente relevante. Dicha afirmación se apoya en el estudio de Robin (2011) donde los participantes informaron que la fuente de referencia e información que encontrarían más influyente a la hora de someterse a una intervención con hipnosis sería su médico de atención primaria.

Por último, Meyerson, Gelkopf, Golan, y Sahamorov (2013) diseñaron y validaron un cuestionario de evaluación de las posibles motivaciones para el aprendizaje y el uso de la hipnosis y fue administrado a 125 psicólogos, médicos y dentistas israelíes que estudiaban y/o utilizaban la hipnosis en su práctica clínica. Los resultados mostraron que la mayoría de los

profesionales estaban motivados por el deseo de mejorar su desempeño profesional y que la mayoría querían aprender hipnosis a través de sus colegas dentro de un contexto académico o clínico.

#### **1.8.4. INVESTIGACIONES QUE EVALÚAN EL CAMBIO EN LAS ACTITUDES**

McConkey (1986) desarrolló un cuestionario sobre opiniones acerca de la hipnosis y lo administró a una muestra de estudiantes australianos antes y después de que experimentaran hipnosis para ver las diferencias entre el pre y el post-test. Este autor concluyó que el haber tenido una experiencia personal con hipnosis atenuaba las creencias erróneas sobre esta técnica que mostraban las personas en el pre-test. Según Green (2003), este estudio no tuvo en cuenta los posibles cambios de actitudes debidos a la repetición del test o el paso del tiempo. Por ello, realizó otro estudio utilizando el mismo cuestionario y aplicándoselo a una muestra de estudiantes americanos antes y después de la administración de una escala estandarizada de sugestionabilidad. Otro grupo de participantes rellenó los cuestionarios pero no tuvo ninguna experiencia de hipnosis. Los resultados mostraron que la experiencia de ser hipnotizado modificaba las creencias erróneas que mostraban las personas en el pre-test. La inclusión del grupo control estableció la fiabilidad test-retest del cuestionario y demostró que los cambios en las opiniones del grupo experimental estaban en función de la experiencia personal de la hipnosis.

En un estudio similar realizado por Thomson (2003), 300 profesionales de la salud asistieron a una conferencia sobre la naturaleza de la hipnosis y sus utilidades terapéuticas incluyendo transparencias, vídeos y material por escrito, seguido por un turno de preguntas. También aquellas personas dispuestas a experimentar hipnosis fueron hipnotizadas con sugerencias de relajación. Las actitudes hacia la hipnosis se evaluaron antes de la conferencia,

después y tres meses más tarde. La autora concluyó que las actitudes de las personas cambiaban después de haber recibido información adecuada sobre hipnosis, y este cambio se mantenía durante el período de seguimiento. Aun considerando la limitación de no haber incluido un grupo control en este trabajo, los resultados apoyan los de otros estudios que también afirman que el tener información adecuada y experimentar hipnosis fomenta una actitud positiva hacia ella. Una característica de este estudio es que los participantes ya tenían una predisposición positiva hacia la hipnosis ya que asistieron voluntariamente a la conferencia, lo que significa que tenían cierto interés en saber más sobre el tema.

El estudio de Capafons, Cabañas et al. (2005) conformó la muestra con participantes que mostraron una actitud negativa hacia la hipnosis, como hemos indicado. Los autores usaron la EVACH-C (una versión previa a la que presentamos aquí) para medir las actitudes hacia la hipnosis (Capafons et al., 2004), y la administraron a alumnos que cursaban su primer año de Psicología seleccionando a aquellos estudiantes que habían mostrado un rechazo explícito a ser hipnotizados. A estos participantes se les dieron distintas explicaciones sobre la hipnosis, el grupo control recibía la mínima información, un grupo experimental recibía una presentación cognitivo-conductual de la hipnosis y un segundo grupo experimental recibía una presentación en la que la hipnosis se definía como un estado alterado de conciencia o trance. Todos los participantes fueron informados de que luego aprenderían un método de auto-hipnosis y que se les aplicaría la Escala de Sugestionabilidad Hipnótica de Barber (BSS) (Barber, 1965; Barber y Wilson, 1978). De los resultados, se concluyó que, tanto la presentación control, como la cognitivo-comportamental y la basada en trance, tenían un impacto significativo en las actitudes hacia la hipnosis. De hecho, las personas que aprendieron a auto-hipnotizarse, respondieron a la BSS, y mejoraron sus actitudes hacia la hipnosis (Capafons, Cabañas et al., 2005). La explicación *post hoc* a esta falta de diferencia predicha en perjuicio de las explicaciones control y de trance, como hemos

adelantado, fue que, al ofrecerse el aprendizaje de auto-hipnosis, los participantes no tenían miedo a perder el control. Esta explicación sirvió también para justificar las no diferencias en las puntuaciones de la BSS de los tres grupos, pero, sobre todo, sirvió para realizar una investigación que la pusiera a prueba. En una investigación posterior ya mencionada (Capafons, Selma et al., 2006), utilizaron la misma escala y el mismo diseño experimental, pero a los participantes (diferentes al estudio anterior, y también con rechazo explícito a ser hipnotizados) en vez de aprender auto-hipnosis, se les indicó que serían hipnotizados por el experimentador, y que se le aplicaría la misma escala que en el estudio anterior. En este estudio se obtuvieron resultados similares al anterior estudio, en aquellas personas que se dejaron hipnotizar, pero surgió una diferencia entre las presentaciones cognitivo-comportamental, mínima y trance. Así, la presentación de trance provocó significativamente más abandonos que las otras dos. Además, la presentación cognitivo-comportamental se mostró la más completa de todas a la hora de provocar cambios positivos en las actitudes hacia la hipnosis y fomentó más las ideas de que la persona mantiene el control de su conducta mientras está hipnotizada y que, bien utilizada, es una técnica útil. Por otro lado, la presentación basada en trance dificultó el cambio de ciertas actitudes y creencias hacia la hipnosis. Como se ha dicho, puede ser que las diferencias encontradas en este estudio con respecto al anterior se deban a que, en el primero, la persona se auto-hipnotizaba, y esto le daba una sensación mayor de control, mientras que en el segundo, era hipnotizado por los experimentadores, lo cual podía reforzar la idea de que el control lo tenía el hipnotizador en vez de la persona (Capafons, Selma et al., 2006). Las conclusiones de este estudio señalan que, cuando la hipnosis se presenta como un estado alterado de conciencia o disociación y en formato de hetero-hipnosis, será más probable que el cliente abandone la terapia si ya muestra rechazo a la hipnosis. Sin embargo, el presentar la hipnosis desde una perspectiva cognitivo-comportamental o socio cognitiva (realmente neutra en cuanto a su lenguaje, es

decir, no usando palabras como trance o alteración de conciencia, o sueño, y sí de fomento del auto-control) puede llevar a una mayor aceptación de la terapia con hipnosis, a mejorar el *rapport* y a una mayor adhesión al tratamiento.

Estos resultados coinciden con los obtenidos en el estudio ya mencionado de Lynn et al. (2002), en el que se presentó la hipnosis en uno de los grupos como un estado alterado de conciencia o trance vs. cooperación y se concluyó que los participantes del grupo de trance estimaron que respondían a menos sugerencias que los del grupo de cooperación, y que estos últimos mostraban una mayor respuesta a las sugerencias aun cuando es este estudio no se seleccionaron a personas reticentes a ser hipnotizadas.

En otro estudio, Molina y Mendoza (2006) utilizaron una metodología diferente para evaluar el cambio en las actitudes. Se elaboró una lista de adjetivos, técnica utilizada en otros estudios sobre estereotipos (González-Felipe, Sánchez-Cifuentes, Tonda, González-Bravo, y Cid, 1990; Molina, 2000; Molina y Caballero, 1999) y se administró a una muestra de estudiantes de Psicología y de licenciados para evaluar cómo afectaba realizar un curso sobre hipnosis sobre sus creencias y actitudes hacia dicha técnica. En el curso, los participantes recibían información sobre cómo funciona la hipnosis desde una perspectiva cognitivo-comportamental, se aclaraban los mitos populares y tenían la oportunidad de ser hipnotizados e hipnotizarse unos a otros bajo supervisión. Los resultados mostraron que, después de haber realizado el curso, disminuyeron las actitudes negativas hacia la hipnosis, mientras que aquellas actitudes positivas que había antes se reforzaban y se creaban nuevas relacionadas con el contenido del curso. Pese a que este estudio presenta la limitación de no haber contado con un grupo control, se concluyó que la formación teórico-práctica junto con la experiencia personal de estar hipnotizado ayudó a mejorar las actitudes hacia la hipnosis y a disipar las

creencias erróneas, así como a fomentar un apropiado uso de la hipnosis en profesionales de la salud (Molina y Mendoza, 2006).

Capafons, Mendoza et al. (2008) estudiaron las creencias y actitudes hacia la hipnosis de una muestra de estudiantes de Psicología de España, Estados Unidos, Portugal y Rumanía observándose que los participantes que habían tenido una experiencia previa de hipnosis mostraban creencias adecuadas hacia la hipnosis y menos mitos y conceptos erróneos hacia esta técnica.

Posteriormente, Mendoza, Capafons, Espejo et al. (2009) en su investigación analizaron la influencia de recibir información científica referida a la hipnosis sobre las creencias y actitudes hacia la misma de los psicólogos colegiados españoles. Se aplicó la EVACH-T a una muestra de colegiados en dos ocasiones, y una tercera más, esta última tras publicarse un monográfico sobre hipnosis en la revista Papeles del Psicólogo, recibida por todos los colegiados. Los resultados indicaron que aquellos psicólogos que dijeron haber leído dicho monográfico cambiaron, en general, sus creencias erróneas por otras más ajustadas, y sus actitudes negativas por otras más positivas hacia la hipnosis. También se demostró que la EVACH-T es sensible a los cambios en las actitudes y creencias de los psicólogos hacia la hipnosis.

Dufresne et al. (2009) en un estudio clínico aleatorizado con mujeres, evaluó el efecto de la experiencia hipnoanalgésica sobre la hipnotizabilidad y sus opiniones sobre la hipnosis tras la intervención hipnótica para el dolor/ansiedad frente a la atención estándar prestada durante la interrupción del embarazo. Los resultados indicaron que las opiniones acerca de la hipnosis cambiaron con la experiencia hipnótica en comparación con la atención estándar, pero no se asociaron con la hipnotizabilidad. La exposición hipnoanalgésica no influyó de manera significativa en la hipnotizabilidad pero sí en las opiniones acerca de la hipnosis. De

acuerdo con resultados anteriores, la percepción de automaticidad parece predecir mejor la hipnotizabilidad.

Y, por último, Martín et al. (2010) realizaron una investigación con profesionales de la salud de Cuba en la que se pretendía examinar si recibir información sobre hipnosis a través de una conferencia podía modificar las actitudes y las creencias erróneas sobre la hipnosis. Se administró la EVACH-T a dos grupos, antes y después de recibir una conferencia. El primer grupo recibió una conferencia sobre hipnosis y el segundo una conferencia sobre urología. Los resultados mostraron que hubo diferencias significativas entre los grupos, en el sentido que el primer grupo mostró una actitud más positiva hacia la hipnosis tras recibir la conferencia, aunque en el pretest, ambos grupos mostraron creencias erróneas similares acerca de la hipnosis. Las ideas sobre la influencia de la hipnosis en la memoria cambiaron de manera significativa en el primer grupo después de recibir la conferencia sobre hipnosis, pero no en el segundo grupo. Consecuentemente, la conferencia acerca de la hipnosis tuvo un impacto significativo en el ajuste de las creencias erróneas de los participantes acerca de la memoria y la hipnosis.

#### **1.8.5. INVESTIGACIONES QUE EVALÚAN LAS FUENTES DE INFORMACIÓN EN QUE SE BASA EL CONOCIMIENTO DE LA HIPNOSIS.**

Estos estudios tienen como objetivo específico analizar estas fuentes y ver su influencia sobre las creencias y las actitudes hacia la hipnosis.

Barling y De Lucchi (2004) estudiaron las fuentes de los participantes y encontraron que aquellos que habían obtenido la información sobre la hipnosis por medio de la experiencia personal tenían un conocimiento significativamente más preciso sobre la

hipnosis, que los que la habían obtenido por medio de presentaciones de televisión o espectáculos. También los primeros tenían creencias más positivas y menos miedo a la hipnosis que los segundos (Barling y De Lucchi, 2004).

Por su parte, Gow et al. (2006) analizaron las fuentes de influencia sobre las actitudes y las concepciones erróneas de la hipnosis en 279 participantes australianos. Los resultados revelaron un apoyo de moderado a fuerte de algunas concepciones erróneas sobre la hipnosis, como que la hipnosis es una herramienta utilizada por un hipnotizador controlador y una forma de entretenimiento en el que las personas son llevadas a actuar de forma no habitual en ellas. Se encontró, asimismo, que las fuentes de influencia más comunes fueron la televisión, los hipnotizadores de espectáculo y las películas.

Utilizando las muestras de sus estudios, ya mencionados, con estudiantes (Yu, 2004a) y profesionales (Yu, 2004b), Yu (2006) analizó las fuentes de información de las que los chinos de Hong Kong obtienen sus conocimientos sobre la hipnosis y sus aplicaciones, y su influencia en las actitudes de las dos muestras. Los resultados indicaron que los profesionales y los estudiantes obtienen la información de las mismas fuentes y estas no influyen ni moderan sus creencias hacia la hipnosis. Esto no es debido a que esas fuentes no sean eficaces para modificar creencias y actitudes hacia la hipnosis, sino a que existe una carencia de experiencia de la hipnosis entre los chinos, y, la poca que hay, es inadecuada. Así la mayoría del material que los participantes mencionaron como su fuente de información era el relacionado con la hipnosis en medios de entretenimiento, lo cual puede explicar su reactancia a ser hipnotizados (Yu, 2006).

McIntosh y Hawney (1983) estudiaron las fuentes de información y su impacto en la aceptación de la hipnosis en el tratamiento médico. Administraron un cuestionario a una muestra aleatoria de 884 adultos usuarios de un centro médico, la muestra era representativa



del 10% de la población total de dicho centro médico. El 80% había oído con anterioridad sobre la utilidad de la hipnosis en medicina, el 36,6% aceptaría hipnoterapia si se lo recomendará su médico, el 5,5% rechazaría el tratamiento de hipnosis y el porcentaje restante solicitaría más información antes de tomar una decisión. Se observó una asociación significativa entre el pre conocimiento de la hipnosis médica y la aceptación de la hipnoterapia y entre la fuente de información y la actitud al tratamiento. Los participantes rechazaban el uso clínico de la hipnosis cuando sus conocimientos estaban basados en fuentes de información relacionadas con la televisión o espectáculos.

En la literatura destacan los siguientes estudios en relación al impacto de los espectáculos en las actitudes hacia la hipnosis. Echterling y Whalen (1995) estudiaron las diferencias entre la audiencia de un espectáculo de hipnosis y la de una conferencia de hipnosis clínica. 205 estudiantes universitarios realizaron medidas pretest antes de ver un programa de hipnosis, asistir a una conferencia o ser parte del grupo control y transcurridas entre una y tres semanas completaron las medidas posttest. En dicho estudio concluyeron que tanto una experiencia, como la otra, aumentaron la motivación de las personas a utilizar la hipnosis y disminuyeron la creencia de que la hipnotizabilidad está relacionada con ser poco inteligente. Además la conferencia también fomentó la creencia de que la hipnotizabilidad refleja la creatividad y el auto-control. Aunque, mientras la conferencia ayudó a reducir la creencia de que la persona hipnotizada actúa como un autómatas y obedece a todas las sugerencias, el espectáculo de hipnosis aumentó esta creencia entre su audiencia. Por otra parte, Mackillop, Lynn, y Meyer (2004) estudiaron las actitudes hacia la hipnosis antes y después de presenciar un espectáculo de hipnosis, el cual asistieron como público, 67 personas, y 6 que participaron de dicho espectáculo, no encontrando un cambio en las actitudes (a más negativas) después del espectáculo. Sin embargo, los autores indican que los

participantes ya tenían actitudes muy positivas antes de asistir al espectáculo, lo cual pudo dificultar encontrar diferencias.

De esta forma, en general, podemos decir que aquellas personas que han obtenido la información sobre la hipnosis de espectáculos o programas de televisión se muestran más reacias a ser hipnotizadas y mantienen más creencias erróneas sobre la hipnosis. No obstante, las personas que han tenido experiencias directas con la hipnosis muestran tener actitudes más positivas hacia la técnica en sí y a ser hipnotizadas. Además, las actitudes que están basadas en experiencias directas con el objeto de actitud cuentan no solo con el elemento afectivo de la actitud, sino también con el cognitivo, es decir, las creencias. Por ello, al tener consistencia afectivo-cognitiva, son más estables en el tiempo y predicen mejor la conducta hacia el objeto de actitud (Schlegel y DiTecco, 1982). Así, el tener información adecuada sobre la hipnosis habiendo aclarado sus mitos y el haber tenido experiencias hipnóticas son los aspectos que favorecen el mantenimiento de actitudes más positivas y estables hacia la hipnosis.

#### **1.8.6. INVESTIGACIONES SOBRE LAS ACTITUDES HACIA LA HIPNOSIS Y OTROS CONSTRUCTOS**

Spanos y McPeake (1975) evaluaron la absorción, entendida como la implicación en actividades imaginativas de la vida cotidiana, las actitudes hacia la hipnosis y la sugestionabilidad hipnótica en 183 participantes. En los resultados se encontraron relaciones entre estos tres aspectos. De esta manera, los participantes que puntuaron alto en absorción, tendían a tener actitudes positivas hacia la hipnosis, mientras que los que puntuaron bajo tendían a mantener actitudes menos positivas. Una posible explicación de esta tendencia puede ser que las personas a las que les gusta las actividades imaginativas no se sienten

amenazadas por actividades psicológicas menos habituales, como puede ser la situación hipnótica. Este resultado fue replicado en el estudio de Spanos et al. (1987), solo que en este último, en la correlación entre absorción y actitudes positivas, la combinación lineal de actitudes y absorción predecía mejor la respuesta hipnótica que cualquiera de estos dos aspectos por separado.

Green (2012) con una muestra de 448 estudiantes que fueron categorizados en altos, medios y bajos en hipnotizabilidad después de haberles aplicado la *Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A* (HGSHS:A; Shor y Orne, 1962) y la EVACH-C revisada y que presentamos en esta tesis (Capafons, Mendoza et al., 2008; Capafons et al., 2015; Carvalho et al., 2007). para medir las actitudes hacia la hipnosis, afirma que, cuanto mayor era el grado de hipnotizabilidad, mayor era la creencia de que la hipnosis es un procedimiento útil y un adecuado adjunto a las terapias médicas (Green, 2012).

---

## 1.9. CREENCIAS Y ACTITUDES HACIA LA HIPNOSIS: INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.

---

Para conocer las creencias y actitudes hacia la hipnosis se han elaborado distintos tipos de instrumentos, fundamentalmente de “lápiz y papel” (Mendoza, Capafons, y Flores, 2009). La mayoría de esos instrumentos están publicados en lengua inglesa (Mendoza, Capafons, y Flores, 2009). McConkey (1986) publicó la Escala de Opiniones sobre Hipnosis (*Opinions About Hypnosis -OAH- Scale*) de 40 ítems referidos a ideas populares sobre la naturaleza, experiencia y efectos de la hipnosis y la auto-hipnosis, en la que las personas tienen que decantarse por el acuerdo o el desacuerdo, utilizando una escala tipo Likert de cuatro puntos. Esta escala ha sido utilizada posteriormente en diversos estudios, ya sea sola, o combinando sus ítems con los de otras escalas (Capafons et al., 2003; Capafons et al., 2004; Capafons, Morales et al., 2006; Chaves, 2004; Gow et al., 2006; Johnson y Hauck, 1999; Yu, 2004a, 2004b; 2006). Además, en algunos casos, se ha utilizado modificando el formato de respuesta. Por ejemplo, Green et al. (2006) lo cambiaron a una escala tipo Likert de 7 puntos donde 1 era “nada cierto” y 7 “muy cierto”; y Daglish y Wright (1991) usaron un formato de respuesta de 4 puntos entre el acuerdo y el desacuerdo.

Spanos et al. (1987) elaboraron la Escala de Actitudes hacia la Hipnosis (*Attitudes Toward Hypnosis Scale, ATHQ*) la cual consta de 14 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de 7 puntos. Los autores encontraron tres factores, uno referido a creencias positivas sobre hipnosis, otro referido a la ausencia de miedo respecto a la hipnosis y un último relativo a creencias acerca de la estabilidad mental de las personas hipnotizables. Cada ítem es puntuado en una escala de 5 puntos desde “totalmente de acuerdo” a “totalmente en desacuerdo”. Las puntuaciones altas indican: (a) predisposición a la idea de ser hipnotizado (b) percepción de la hipnosis como una técnica que no provoca miedo y (c) la noción que aquellas personas hipnotizables no son influenciables, ni mentalmente

inestables. Respecto a los ítems de esta escala se han utilizado combinados con otros en diversas investigaciones para evaluar creencias y actitudes hacia la hipnosis (Barling y De Lucchi, 2004; Capafons et al., 2003; Capafons et al., 2004; Capafons, Morales et al., 2006; Chaves, 2004; Gow et al., 2006; Green et al., 2006; Yu, 2004a, 2004b, 2006). Posteriormente, Milling (2012) ha estudiado con una muestra de 925 estudiantes de psicología si se replica la estructura factorial original de dicha escala. Milling (2012) afirma que los análisis de consistencia interna y análisis factoriales de su estudio no apoyaron la estructura factorial original de la escala. Por ello, recomienda que las subescalas sean abandonadas y que los 14 elementos de la ATHQ sean utilizados como una escala unidimensional. Si se emplea como una escala unidimensional, según este autor, la ATHQ podría ser una herramienta muy útil en futuros estudios sobre actitudes hacia la hipnosis.

Otra escala que es muy utilizada, ya sea sola o combinando sus ítems con los de otras es la de Wilson et al. (1986), Creencias sobre la Hipnosis Forense (*Beliefs About Forensic Hypnosis Scale*). Consta de 13 ítems sobre la naturaleza de la hipnosis particularmente en situaciones forenses y su formato de respuesta es de 4 puntos que van del acuerdo al desacuerdo.

Los cuestionarios elaborados por Yapko (1994) pretenden evaluar el conocimiento y las creencias sobre memoria e hipnosis de los psicoterapeutas. El primero, llamado Cuestionario de Actitud hacia la Memoria (*Memory Attitude Questionnaire*) se refiere a diversos aspectos de la memoria con un formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos de acuerdo o desacuerdo. El segundo cuestionario es el Cuestionario de Actitudes hacia la Hipnosis (*Hypnosis Attitude Questionnaire -HAQ-*) que recoge afirmaciones sobre la sugestionabilidad y la hipnosis con relación a la memoria y que tiene el mismo formato de respuesta que el anterior (Yapko, 1994).

El Cuestionario de Creencias sobre la Hipnosis desarrollado por Keller (1996) (*Hypnosis Survey Beliefs*, 1996) consta de 25 ítems relacionados con las creencias populares de la hipnosis, cuyo formato de respuesta es de tipo Likert de 5 puntos que van del acuerdo al desacuerdo. Algunos de los ítems de esta escala se han utilizado combinados con otros en la elaboración de las Escalas de Valencia de Actitudes y Creencias hacia la Hipnosis (Capafons et al., 2003; Capafons et al., 2004; Capafons, Morales et al., 2006).

Nickisson (1997) desarrolló un cuestionario que dividió en dos partes, una primera referida a los conocimientos sobre la hipnosis en relación a diferentes temas (hipnosis en general, la experiencia de la hipnosis, cómo se comportan las personas durante la hipnosis, las sugerencias y lo que ocurre tras la sesión de hipnosis). La segunda parte consta de 14 ítems que evalúan actitudes hacia la hipnosis. En algunos de los ítems de esta escala están basadas las Escalas de Valencia de Actitudes y Creencias hacia la Hipnosis (Capafons et al., 2003; Capafons et al., 2004; Capafons, Morales et al., 2006), así como también en los del cuestionario de Eimer y Freeman (1998), el cual se basa en la escala de Keller (1996). Este último está formado por 32 ítems sobre creencias y tiene un formato de respuesta tipo Likert de 6 puntos.

Por su parte, Hawkins y Bartsch (2000) elaboraron un cuestionario compuesto por dos partes, en la primera utilizaron una escala tipo Likert de 12 puntos, como formato de respuesta, para evaluar el interés por la hipnosis, la sugestionabilidad hipnótica percibida y preferida. La segunda se compone de 7 ítems con formato de respuesta verdadero o falso, sobre creencias acerca de la hipnosis. Añadieron una última cuestión sobre la experiencia de las personas en espectáculos de hipnosis, ya fuera como participante en el evento, o simplemente como asistente. Barling y De Lucchi (2004) utilizaron este cuestionario en su

estudio junto con el de Spanos et al. (1987) y una escala de 9 ítems preguntando sobre la intención de usar la hipnosis en el futuro con propósitos clínicos.

Thomson (2003) utilizó para su estudio tres cuestionarios tipo Likert con seis preguntas cada uno respecto a las actitudes, la práctica y las creencias sobre la hipnosis y su relevancia en medicina. Así, evaluó el cambio de actitudes de las personas en tres momentos pre-intervención, post-intervención y seguimiento a los tres meses.

Gwynn y Mohan (2006) elaboraron en Canadá un cuestionario específico para terapeutas que utilizan la hipnosis en la práctica clínica. Los primeros 39 ítems se refieren a las creencias sobre la hipnosis que los terapeutas observan en sus clientes o en los participantes de las investigaciones. Los siguientes 38 evalúan en qué grado el terapeuta tiene cada una de esas mismas creencias. Las dos últimas cuestiones hacen referencia a las cinco concepciones erróneas que el terapeuta encuentra en su práctica con más frecuencia y que cree que son falsas, y qué información proporciona a sus clientes para aclararlas.

En lengua francesa el primer cuestionario existente es el elaborado por Roggiani, (2002) para evaluar las creencias y actitudes hacia la hipnosis de los médicos e internos de los hospitales de Ginebra. El cuestionario consta de 19 preguntas divididas en cuatro categorías: características de los profesionales, lugar de la hipnosis en la práctica médica, interés por la hipnosis y conocimiento acerca de la hipnosis.

Recientemente Shimizu (2014) ha desarrollado una nueva escala destinada a medir las actitudes y creencias sobre la hipnosis en una muestra de estudiantes universitarios japoneses. El análisis factorial exploratorio de este nuevo cuestionario ha producido cuatro factores en relación a las creencias sobre la hipnosis: disociación o experiencia de despersonalización, pérdida de auto-control, expectativa terapéutica, y generar habilidades extraordinarias.

En relación a la bibliografía revisada en castellano se encuentra el Cuestionario de Creencias Hipnóticas de Cangas y Rojas (1999), un instrumento que a pesar de sus índices de fiabilidad y validez aceptables, presenta algunas limitaciones metodológicas en cuanto al reducido número de participantes usados para su validación, pocos ítems y la redundancia entre los mismos (Capafons et al., 2003).

Debido a la carencia de instrumentos de evaluación de actitudes hacia la hipnosis validados en castellano, y a la nula presencia de análisis factoriales confirmatorios que existían sobre las escalas anglosajonas, además de la presencia de nuevos mitos que no recogían la mayoría de tales escalas (como el de la memoria incrementada) se elaboraron las Escalas de Valencia de Actitudes y Creencias hacia la Hipnosis (Capafons et al., 2003; Capafons et al., 2004; Capafons, Morales et al., 2006), versiones cliente y terapeuta (ver anexo 1 y 2).

En primer lugar, se elaboró una versión para clientes, la EVACH-C (Capafons et al., 2003). Este instrumento constaba de 28 ítems, algunos de los cuales se extrajeron del *Hypnosis Survey Beliefs* (Keller, 1996), y de algunos otros de los instrumentos existentes (Eimer y Freeman, 1998; McConkey, 1986; McConkey y Jupp, 1986; Nickisson, 1997; Spanos et al., 1987), como ya se ha indicado. Otros fueron elaborados considerando los principales mitos sobre la hipnosis propuestos por Capafons (1998a, 2009), los cuales son frecuentemente reseñados en la literatura científica sobre la hipnosis (Capafons et al., 2015). La escala de respuesta fue de cinco puntos tomada del cuestionario de Keller (1996).

En su primera versión en un estudio con metodología factorial exploratoria (Capafons et al., 2003) se encontraron un total de seis factores: Autómata, Ayuda, Control Personal, Interés, Solución Mágica y Colaboración. Tras los análisis se eliminó de la escala un elemento por saturar bajo en varios factores, y se dejaron dos elementos fuera de los factores



y de las interpretaciones, aunque se mantuvieron en la escala como ítems criterioles. La consistencia interna de la escala mostró ser satisfactoria, aunque las correlaciones test-retest de los factores Solución Mágica y Colaboración necesitaban ser mejoradas ( $r_{xy} = 0.54$ ,  $p < 0.01$ ;  $r_{xy} = 0.39$ ,  $p < 0.01$ , respectivamente). No obstante, la escala fue sensible a los cambios en creencias y actitudes hacia la hipnosis provocados por un conjunto de intervenciones destinadas a modificarlas, también ya mencionadas (Capafons, Cabañas et al., 2005; Capafons, Selma et al., 2006). Precisamente debido a ello, y dado que la estructura factorial fue muy satisfactoria, en un trabajo posterior se estudió si se mantenía en un análisis factorial confirmatorio (AFC). La estructura factorial obtenida con el AFC se adecuó a la obtenida en el estudio exploratorio anterior (Capafons et al., 2003), la cual, a su vez, reflejó los principales mitos y creencias erróneas hacia la hipnosis descritos por Capafons (1998a).

Posteriormente (Carvalho et al., 2007) analizó las propiedades psicométricas y la estructura factorial, pero ya de la EVACH-C revisada que se estaba estudiando en España, pues se habían detectado ítems con redacciones deficientes, y no se incluían ítems sobre el mito de la memoria incrementada. En general, los cambios realizados en España con respecto a la versión cliente anterior son la mejora de la redacción de algunos ítems y el cambio del formato de respuesta de una escala tipo Likert de 5 puntos a una de 6, ya que la de 5 no era lineal y responder 1 significaba estar en desacuerdo y a partir de 2 ya pasaba a estar de acuerdo, tal como Keller (1996) había definido el formato de respuesta del que la EVACH-C partía. Además, se incluyeron siete elementos nuevos. Tres de ellos intentaban reflejar las ideas erróneas acerca del incremento de la capacidad de la memoria que se puede tener bajo hipnosis. Los tres ítems restantes evaluaban ideas erróneas relativas a la credulidad inherente de las personas que son hipnotizables, y un nuevo ítem hizo referencia al contenido del factor Solución Mágica. Esta versión evolucionada de la escala se tradujo al

portugués y viceversa, para ver si había matices en las traducciones (Carvalho et al., 2007), y se pasó a una muestra de estudiantes portugueses. El análisis factorial exploratorio mostró una estructura de 8 factores: Interés/Atracción, Memoria/Mágica, Ayuda, Control, Colaboración, Marginal, Miedo y Autómata, estructura que es similar a la versión para terapeutas de esta escala (EVACH-T). Asimismo, la escala mostró una fiabilidad y una consistencia interna buenas y los resultados indicaron que la escala es sensible a los cambios en las actitudes y creencias hacia la hipnosis que se consiguen tras tener experiencia con la hipnosis en un contexto científico. No obstante, la versión portuguesa que presentamos aquí, fue revisada por un tercer investigador portugués que introdujo una mínima variación en solo una palabra.

Tal como se ha señalado anteriormente, dado que el tipo de creencias sobre la hipnosis que tengan los profesionales de la salud puede llevar a una buena o mala utilización de la misma, se desarrolló una versión adaptada para terapeutas de la EVACH-C, la EVACH-T (Capafons, Morales et al., 2006). Esta escala para terapeutas consta de 37 ítems, con una escala de respuesta tipo Likert de seis puntos, que oscila entre “1 Completamente en desacuerdo” y “6 Completamente de acuerdo”. La versión terapeuta se diferencia de la versión cliente en la redacción de algunos ítems que se adaptaron para terapeutas ajustando su contenido a la experiencia del mismo en su práctica (Capafons, Morales et al., 2006).

Se realizó una investigación sobre las propiedades psicométricas y la estructura factorial con metodología exploratoria de la EVACH-T (Capafons, Morales et al., 2006). Los resultados indican que la escala presenta una estructura factorial de 8 factores. El factor denominado Miedo (incluye los ítems: 4, 7, 16, 18, 19 y 20) explica el 23.93% de la varianza y refleja el miedo a perder el control bajo hipnosis, a quedar a merced del hipnotizador o a quedarse enganchado en un trance hipnótico. El factor llamado Memoria/Trance (ítems: 3,

30, 31, 32 y 33) explica el 10% de la varianza y se refiere a que la persona hipnotizada está en un estado de trance que le permite acceder a recuerdos de sucesos pasados que no recuerda y que le impide mentir sobre lo que mentiría en condiciones normales. El factor Ayuda (ítems: 1, 10, 12, 17, 23, 29 y 37) explica el 3.67% de la varianza, y se refiere a la visión de la hipnosis como una técnica que facilita los resultados terapéuticos y mejora las intervenciones médicas y psicológicas a las que se adjunta. El factor Control (ítems: 14, 15, 21, 22, 24 y 25) explica un 3.29% de la varianza, y tiene que ver con el mantenimiento del control voluntario cuando se está hipnotizado. El factor Colaboración (ítems: 2, 8, y 13) explica un 3.09% de la varianza, y se refiere al esfuerzo y la colaboración necesarios por parte de la persona hipnotizada para experimentar las sugerencias hipnóticas. El factor Interés (ítems: 26, 27 y 28) explica un 2.62% de la varianza, y hace referencia al agrado o interés de la persona por ser hipnotizada. El factor Mágica (ítems: 5, 6, y 9) explica el 1.35% de la varianza y se refiere a la visión de la hipnosis como una solución mágica a los problemas sin requerir esfuerzo alguno ni considerar otros factores necesarios para el cambio. Por último, el factor Marginal (ítems: 34, 35, y 36) que explica un 1.18% de la varianza, incluye creencias relacionadas con considerar la hipnosis al margen de la investigación científica, y a la persona hipnotizada al margen de la “normalidad” psicológica.

Las correlaciones entre los factores fueron significativas excepto en los casos de Memoria con Interés y Ayuda, y de Mágica con Ayuda e Interés. Asimismo, las correlaciones entre el factor Miedo y los demás fueron todas significativas y en la dirección esperable, es decir, correlaciones positivas con factores de creencias desajustadas, y negativas con factores de creencias ajustadas.

Los índices de consistencia interna de las subescalas fueron aceptables, y oscilando entre 0.57 (factor Marginal) y 0.87 (factor Ayuda), y las correlaciones test-retest entre los

factores fueron todas significativas ( $p < 0.001$ ), y oscilando entre 0.59 (factor Mágica) y 0.82 (factor Miedo).

Posteriormente, Capafons, Espejo et al. (2008) realizaron el AFC de la EVACH-T con una muestra diferente de profesionales de la salud de distintos Colegios Oficiales de Psicólogos de España. Los resultados confirmaron la estructura factorial de ocho factores obtenidos previamente en el análisis exploratorio de la escala (Capafons, Morales et al., 2006). Los factores fueron: Miedo (ítems: 4, 7, 16 (inverso), 18, 19 y 20); Memoria (ítems: 3, 30, 31, 32 y 33); Ayuda (ítems: 1, 10, 12, 17, 23, 29 y 37,); Control (ítems: 14, 15, 21, 22 (inverso), 24 y 25); Colaboración (ítems: 2, 8, 13); Interés (ítems: 26, 27, 28); Mágica (ítems: 5, 6, 9) y Marginal (ítems: 34, 35, 36). Todas las saturaciones factoriales fueron satisfactorias, a excepción del ítem 3 en el factor Memoria y del ítem 21 en el factor Control, así que se optó por eliminar esos ítems mejorando, de este modo, la estructura factorial obtenida. Debe destacarse que la fiabilidad de cada factor fue satisfactoria, siendo la más baja la del factor Miedo (0.82). Con respecto a la correlación entre factores, cabe decir que todos los factores correlacionan de manera significativa unos con los otros, con excepción de Mágica con Ayuda. Dos de las correlaciones son muy bajas, aunque son significativas, probablemente debido al tamaño de la muestra: Ayuda con Memoria (-0.11) y Mágica con Interés (-0.09).

Relativo a la consistencia interna y fiabilidad test-retest de la EVACH-T, los resultados señalan que todos los factores tienen buenos índices de fiabilidad/estabilidad test-retest, a excepción de los factores Colaboración (0.62), Marginal (0.61) y Mágica (0.50), cuya estabilidad es más baja.

Por otro lado, para saber si la estructura factorial obtenida por la EVACH-C era transcultural, Capafons, Mendoza et al. (2008) realizaron un estudio multicultural usando la

EVACH-C revisada, y que había sido objeto de estudio en Portugal por Carvalho et al. (2007), como hemos indicado. La muestra fue obtenida en España, Portugal, Estados Unidos y Rumanía. Los resultados apuntaron a una solución factorial de 8 factores, que explica el 56.1% de la varianza, similar a las halladas en otras investigaciones de la escala. El factor Ayuda (ítems: 1, 12, 17, 23 y 27) explica el 16.68% de la varianza y se refiere a que la hipnosis es una técnica útil para obtener resultados terapéuticos. El factor Control Personal (ítems 14, 15, 21, 24 y 25) explica el 13.68% de la varianza y este factor indica que las personas bajo hipnosis mantienen el control de sus actos y las respuestas hipnóticas son voluntarias. El factor Solución Mágica explica el 6.61% de la varianza (ítems: 5, 6, 7 (eliminado) y 9) y describe que la hipnosis es la solución mágica a varios tipos de problemas sin necesitar hacer esfuerzo, ni hacer nada en particular para cambiar. El factor Interés explica el 5.31% de la varianza y está compuesto por los ítems 26, 27, 28 y 29 y refleja el interés que las personas muestran hacia la hipnosis, o por ser hipnotizadas. El factor Colaboración (ítems: 2, 3, 8 y 13) explica el 4.20% de la varianza y se refiere a que debe existir colaboración entre el hipnotizador y la persona hipnotizada para lograr una respuesta hipnótica. El factor Miedo (ítems 4, 16, 18, 19, 20 y 22 (eliminado)) explica el 3.48% de la varianza y tiene que ver con tener miedo a perder el control bajo hipnosis, quedar bajo el control del hipnotizador o bien, quedar atrapado en un trance hipnótico y no ser capaz de salir del mismo. El factor Memoria/Trance (ítems: 3, 31, 32, 33) explica el 3.32% de la varianza y se refiere a la creencia que la persona hipnotizada está en trance, lo cual le permite tener acceso a recuerdos que de otra forma no recordaría. También alude a que, en hipnosis, se fuerza a las personas a contar toda la verdad sobre cosas que normalmente mentiría o callaría. Finalmente, el último factor denominado Marginal (ítems: 11, 34, 35 y 36) explica el 2.83% de la varianza y quiere decir que la hipnosis está al margen de la investigación científica y que la persona hipnotizada posee características fuera de lo común. Las correlaciones entre

los factores son estadísticamente significativas. Con respecto a la consistencia interna de los factores es buena oscilando entre 0.58 y 0.85. Además, la variable edad mostró correlación estadísticamente significativa con los factores Control (0.056), Solución Mágica (-0.049), Colaboración (-0.066), Miedo (-0.051) y Memoria/Trance (-0.067), quizás esto fue debido al gran tamaño de la muestra. Con respecto a la variable sexo, las mujeres mostraron puntuaciones más altas que los hombres en los factores Colaboración, Miedo, Memoria/Trance; mientras que los hombres obtuvieron puntuaciones superiores en los factores Control y Marginal. Relativo al efecto de poseer conocimiento científico y experiencia personal con hipnosis, se encontraron diferencias significativas en todos los factores a excepción de los factores Colaboración y Solución Mágica dependiendo de si los participantes habían sido hipnotizados o no. Concretamente los participantes que lo habían sido mostraron puntuaciones más altas en los factores Ayuda, Control e Interés, y más bajas en los factores Miedo, Memoria/Trance y Marginal.

No se hallaron diferencias significativas en los participantes que fueron hipnotizados por un profesional u otro. La variable “haber recibido información sobre la hipnosis” produjo diferencias estadísticamente significativas en todos los factores, con excepción del factor Memoria/Trance. Finalmente, con relación al tipo de información recibida, los participantes que recibieron información científica obtuvieron puntuaciones altas en los factores Ayuda, Control, Interés y Colaboración y puntuaciones más bajas en los factores Solución Mágica, Miedo, Memoria/Trance y Marginal.

En otra investigación de Green et al. (2012) trataron de comprobar si los modelos factoriales obtenidos por Carvalho et al. (2007) y Capafons, Mendoza et al. (2008) con muestras portuguesa y multicultural respectivamente, se replicaban en Estados Unidos. La muestra se compuso de 1.141 estudiantes de habla inglesa a los que se les administró la

EVACH-C traducida al inglés por dos personas de origen angloparlante, traducción revisada por investigadores españoles. Los estudiantes que respondieron a la EVACH-C una vez fueron incluidos en el análisis factorial exploratorio y aquellos que la cumplimentaron en dos momentos temporales diferentes fueron incluidos en el AFC. Los resultados del análisis exploratorio indicaron una estructura factorial de 8 factores que explicó el 66% de la varianza. El AFC indicó un ajuste adecuado entre el modelo hallado con los modelos factoriales de Carvalho et al. (2007) y Capafons, Mendoza et al. (2008) con muestras portuguesa y multicultural, respectivamente, pero más próximo al obtenido por Capafons, Mendoza et al. (2008). Esta investigación confirma los resultados de anteriores investigaciones relativo a las propiedades psicométricas de la EVACH-C. A diferencia de los modelos propuestos por Carvalho et al. (2007) y Capafons, Mendoza et al. (2008), en el modelo de Green et al. (2012) los dos ítems que hablan del trance (3 y 33) de la EVACH-T saturan en el factor Colaboración. En el modelo propuesto por Capafons, Mendoza et al. (2008) esos ítems saturan en diferentes factores, siendo el ítem 3 el que satura en el factor Colaboración y el ítem 33 satura en el factor Memoria/Trance. En la solución factorial de Carvalho et al. (2007) el ítem 33 satura en el factor Memoria/Trance y el ítem 3 no satura en ningún factor. Debido a que en esta investigación, ambos ítems saturan en un mismo factor y abarcan el 40% de los ítems del factor, Green et al. (2012) propusieron renombrarlo como Colaboración/Trance, simplificando así el factor Memoria/Trance a solo Memoria puesto que ninguno de los ítems de trance satura en el mismo. A diferencia de las investigaciones de Capafons, Mendoza et al. (2008) y Carvalho et al. (2007) el ítem 34 (“La hipnosis se desarrolla al margen de la investigación científica”) no satura en el factor Marginal. Curiosamente, no satura en ningún factor, quizás sea debido a la traducción o interpretación, por parte de los participantes, del ítem, sin olvidar que los estudios previos de la EVACH-C revisada fueron realizados en muestras con participantes de habla castellana y portuguesa,

pero también norteamericana y rumana en el estudio multicultural. Por último, el ítem 22 saturó en el factor Control, al igual que en el estudio de Carvalho et al. (2007) sin embargo, en el estudio de Capafons, Mendoza et al. (2008) ese ítem fue eliminado debido a que saturó simultáneamente en dos factores (Miedo y Control). Concretamente, en el estudio de Capafons, Mendoza et al. (2008) cuatro ítems (7, 16, 22, 29) saturaron significativamente en varios factores a diferencia de este estudio que saturaron solo en un factor.

Finalmente, la solución de *clusters* independientes realizada en esta investigación, proporcionó una interpretación más simple de los factores así como de sus intercorrelaciones en contraposición a las investigaciones previas. Las propiedades psicométricas de la EVACH-C en este estudio son buenas. La consistencia interna osciló entre 0.61 y 0.90 y la fiabilidad test-retest osciló entre 0.58 y 0.83.

Por último, en el reciente estudio de Capafons et al. (2015) aplicaron dos pases (test y retest) de la EVACH-C (Capafons, Espejo et al. 2008), a 1678 estudiantes universitarios españoles. Los resultados del AFC mostraron los 8 factores predichos cuando se construyó la escala, y en la misma línea que en anteriores estudios: Miedo, Memoria, Ayuda, Control, Colaboración, Interés, Mágica y Marginal. Las correlaciones entre los factores resultaron todas significativas con un nivel de 0.05, y una buena parte de ellas al nivel de 0.01, lo que muestra la conexión entre las diferentes dimensiones de creencias y actitudes hacia la hipnosis. La fiabilidad a partir del AFC en base a la consistencia interna  $\alpha$  son aceptables, estando entre 0.58 en Control, y 0.87 en Memoria, siendo los del resto: Miedo (0.64); Ayuda (0.67); en Colaboración (0.62); Interés (0.80); Mágica (0.70) y Marginal (0.71). Los coeficientes alfa mostraron unos niveles similares con sobreestimaciones e infraestimaciones equilibradas en el conjunto de las ocho dimensiones. El valor más reducido se dio en la dimensión Marginal (0.50), existiendo cuatro dimensiones por encima de 0.75 (Control,



Miedo, Ayuda e Interés). Respecto a la estabilidad de los factores los resultados son excelentes, ya que los más bajos corresponden a las dimensiones Marginal (0.75), Memoria (0.86) y Miedo (0.87), siendo el resto de las puntuaciones: Ayuda (0.97); Control (0.93); Colaboración (0.98) e Interés (0.95).

---

## 1.10. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

---

Como se ha señalado, la hipnosis clínica es un procedimiento eficaz y eficiente como coadyuvante para el tratamiento de diversas condiciones psicológicas y médicas de la que pueden beneficiarse muchas personas, como hemos indicado. A diferencia de otras técnicas de uso médico o psicológico, cuenta con una gran popularidad, debido a la atención que ha recibido de los medios de comunicación. Esto hace que la hipnosis sea conocida y objeto de juicio, tanto por parte de la población general, como de los profesionales. Aun cuando se han señalado sus utilidades, tanto en el ámbito experimental como en el aplicado, las actitudes que se mantienen hacia la hipnosis suelen ser negativas ya que, en general, están basadas en creencias erróneas generadas por espectáculos que se realizan con ella, que nada tienen que ver con estudios científicos. Tal como se ha comentado, las actitudes y sus componentes cumplen funciones importantes en el procesamiento de la información e influyen en la conducta de las personas hacia el objeto de actitud. Así, cuando las actitudes son negativas (prejuicios), se dará un rechazo hacia el objeto de actitud. En el caso de los profesionales de la salud que mantienen actitudes negativas hacia la hipnosis, será más probable que no la oferten a los usuarios que pudieran beneficiarse de una aplicación correcta de la misma, o que no les informen adecuadamente de cómo evitar ponerse en manos de personas que hacen un uso indebido de la hipnosis (hipnólogos o hipnoterapeutas legos), y que pueden ocasionarles riesgos iatrogénicos como la génesis de falsos recuerdos y efecto nocebo.

En general, según los estudios realizados, la mayoría de los profesionales de distintos países afirman tener pocos conocimientos sobre la hipnosis y necesitar más formación para poder aplicarla. De igual forma, los posibles usuarios de la técnica presentan un desconocimiento y actitudes negativas hacia la técnica, lo cual les puede conducir o a no confiar en la utilización de la hipnosis para el problema que presentan, o por otro lado, ponerse en manos de pseudo profesionales ya que lo que les ofertan está en consonancia con

sus creencias erróneas, lo cual, como ya hemos referido, puede generar un uso iatrogénico de la hipnosis. Así, es importante evaluar las creencias y actitudes hacia la hipnosis para establecer un buen rapport, muy importante de cara a las intervenciones clínicas (Capafons et al., 2015). Unas actitudes positivas, pero adecuadas en relación a lo que es esperable que ocurra bajo hipnosis, facilitará una disminución de los miedos y expectativas sobredimensionadas sobre lo que se puede esperar de una intervención con hipnosis (Capafons et al., 2015). Para ello se elaboró un instrumento -en vez de traducir directamente otros del inglés- que se ajustara a las necesidades de la línea de investigación a seguir, la EVACH-C. En el contenido de los ítems, se incluyó, tanto el componente afectivo-evaluativo de la actitud como el cognitivo (creencias), ya que, según las investigaciones sobre actitudes, incluir en una escala ambos componentes aporta una información más precisa y predice mejor la conducta de la persona hacia el objeto de actitud (Schlegel y DiTecco, 1982). Se utilizó una escala de respuesta tipo Likert ya que, además de permitir medir el sentido y la intensidad de las actitudes, es de bajo costo y sencilla a la hora de elaborarse y aplicarse.

Esta escala ha tenido una rápida difusión internacional, como hemos indicado, y nuestro trabajo se centra en estudiar las propiedades psicométricas confirmatorias de la EVACH-C en población portuguesa, ya que fue este país, a través del trabajo de la profesora Claudia Carvalho del *Instituto Superior de Psicologia Aplicada* (ISPA) de Lisboa donde se inició la adaptación a la lengua Portuguesa, lengua que hablan millones de habitantes entre Portugal y sus antiguas colonias. Por lo tanto, sabiendo que la Escala está estudiada con AFC en inglés, castellano y portugués podríamos decir que puede aplicarse en varios de los idiomas más usados en el mundo, y esa es la principal aportación de la tesis que se presenta.

Por último, dado que las actitudes pueden cambiar por medio de la exposición directa a información referida al objeto de actitud, y por recibir información científica de fuentes

solventes, se analizarán varios datos sobre la importancia de haber sido hipnotizado o no, de tener conocimientos científicos sobre la hipnosis, etc., que aportan información sobre la validez de constructo de la escala, intentando replicar lo que se ha encontrado en otras investigaciones ya mencionadas sobre la Escala. En ese sentido, también se aportarán datos sobre elementos psicométricos que nos indicarán las relaciones causales, si la hubiese, entre factores, y tendencias en perfiles considerando las variables de “experiencia directa con la hipnosis” y conocimientos científicos sobre la hipnosis.

---

## 1.11. HIPÓTESIS

---

Como previamente se ha mencionado los objetivos de este estudio son realizar un AFC de la EVACH-C a partir de los análisis exploratorios realizados por Carvalho et al. (2007) con una muestra portuguesa, así como de los análisis exploratorios con muestras de diferentes países (Capafons, Mendoza et al., 2008), y los AFC obtenidos por Green et al. (2012) con muestra estadounidense, y Capafons et al. (2015) con muestra española.

### **Hipótesis 1:**

Habida cuenta de la similitud de resultados en la estructura factorial en todos los estudios mencionados sobre la EVACH-C revisada, así como en los datos de fiabilidad y estabilidad temporal, asumimos que la escala recoge los mitos, creencias y actitudes (con sus valencias positivas y negativas) habituales en el ámbito de la hipnosis descritos, entre otros, por Capafons (1998a; 2009), y que las propiedades psicométricas reflejan el comportamiento de tales creencias y actitudes en las personas. Por ello, se predice que se replicará la estructura de 8 factores que se ha comentado (Miedo, Memoria, Ayuda, Control, Colaboración, Interés, Mágica y Marginal) con pequeñas oscilaciones en la ubicación de los ítems.

### **Hipótesis 2:**

Según estudios previos sobre las fuentes de información de las que las personas obtienen los conocimientos sobre hipnosis, que les llevan a conformar sus actitudes hacia la misma, tanto profesionales como público en general, suelen basarse en las mismas fuentes, medios de entretenimiento y espectáculos. Sabemos que estas fuentes de información fomentan creencias erróneas sobre la hipnosis y generan rechazo a ser hipnotizado. Por lo

tanto, se predice que si las fuentes de información en las que se basa el conocimiento de la hipnosis son científicas, los clientes mostraran actitudes más positivas y ajustadas hacia la hipnosis y creencias racionales.

### **Hipótesis 3**

Otra cuestión a tener en cuenta es si la formación de base de la persona influye en las creencias que se tengan hacia la hipnosis. Hemos visto en estudios que, tanto profesionales de la salud, como público en general mantienen unas actitudes hacia la hipnosis no ajustadas a la evidencia científica, aunque, como hemos indicado, en ocasiones esa evidencia sea contradictoria. No obstante, falta confirmar si el nivel de estudios, aunque estos nada tengan que ver con la hipnosis, influye en los mitos y actitudes hacia ella, al menos por el espíritu y pensamiento crítico que debería fomentar en quienes los tienen. De esta forma, se predice que, a mayor nivel de estudios, menores serán los mitos hacia la técnica, y las actitudes sean positivas o negativas, serán más ajustadas a lo esperable de la hipnosis, que quienes tienen unos estudios en general, de menor nivel.

### **Hipótesis 4**

El haber sido hipnotizado en ambientes seguros y por personal cualificado, sabemos que reduce los mitos hacia la hipnosis, ya que vivenciarla hace que se reestructuren las creencias erróneas no fundamentadas en la realidad por la experiencia directa con ella. Así, se predice que si la persona ha sido hipnotizada bajo las condiciones indicadas, tendrán menos mitos y actitudes más positivas hacia ella.

## **2. MÉTODO**





---

## 2.1. PARTICIPANTES

---

Se realizaron dos pases de la EVACH-C (test y retest) en los que participaron 1.977 estudiantes portugueses que respondieron a dicha escala. En cuanto a los estudios que estaban cursando existe una amplia heterogeneidad de respuestas por ello se ha categorizado en tres: no cursando estudios universitarios (32.37%), estudiantes de psicología o estudios afines (22.21%) y estudiantes universitarios de otras disciplinas (45.42%), por otro lado, en relación a la titulación un 15.08% de los participantes eran estudiantes de psicología, siendo el 84.92% estudiantes de otras disciplinas. Respecto al sexo un 34.24% eran hombres y un 65.76% mujeres, con un promedio de edad de 25.25 años ( $DT = 9.23$ ; rango 17-70). En relación al curso que estaban realizando hubo muchas personas que no respondieron a esta cuestión (45.6%), pueden consultarse más datos en (tabla 1). El 97.9% de los participantes no había sido hipnotizado, mientras que un 1,1% había sido hipnotizado por un psicólogo y el restante 1% había sido hipnotizado por un médico o por alguien no profesional (hipnoterapeuta lego). El 32.51% había recibido información previa acerca de la hipnosis (67.49% no poseen información sobre hipnosis), aunque la gran mayoría era de fuentes esotéricas (19.59%) al no estar vinculadas a la Universidad u otras fuentes científicas; un 7.95% tenían información de la hipnosis de la Universidad y otras fuentes, mientras que el 4.96% reflejaban que solo la Universidad era la fuente de donde procedía su información en relación a la hipnosis.

---

## **2.2. INSTRUMENTOS**

---

Se utilizó únicamente la EVACH-C que fue traducida, como se ha indicado, de la versión original (Anexo 1) del español al portugués (Anexo 3) por tres psicólogos portugueses y se comprobó la correcta contra traducción del portugués al español por una persona bilingüe. Como la escala ya ha sido suficientemente descrita en páginas anteriores, omitimos proporcionar más detalles sobre ella.

---

## 2.3. PROCEDIMIENTO

---

Se enviaron por correo ordinario o bien se transportaron personalmente por el Dr. Capafons los ejemplares de la EVACH-C traducidos al portugués desde España a Portugal, concretamente a la Universidad de Coímbra, y allí, el profesor Lopes Pires realizó dos actividades: aplicarlos en su propia universidad, y distribuirlos a otros centros portugueses, entre sus contactos, explicándoles los objetivos y forma de proceder en la investigación.

En el primer pase solo se les pedía a los respondientes que pusieran los cuatro últimos (números y letras) que identifican el DNI portugués, sin pedir identificación con nombre y apellidos, que solo era voluntario, igual que contestar, pues no se daba ningún incentivo por participar en la investigación. Un mes más tarde se les solicitaba que rellenaran el cuestionario de nuevo, argumentando que hubo problemas con los cuestionarios y, por ello, se tenía que repetir la evaluación, pero se enfatizó que deberían responder en función de lo que pensaban en ese momento, sin tratar de recordar lo que respondieron la primera vez, para evitar efectos de convergencia. Se les pedía que, una vez más, indicasen los mismos cuatro últimos números y letras del DNI que habían puesto en el primer pase. Obviamente no se les explicaba lo anteriormente relatado, cuya intención era analizar la estabilidad temporal de la escala. Todos los participantes lo hicieron de forma voluntaria, como hemos indicado, sin recibir por la participación ningún tipo de recompensa económica o académica.

Se insistió a quienes debían pasar la escala en que no respondieran ni aclarasen ninguna duda que pudiera ser planteada por los respondientes, pero sí que animasen a responder todos los ítems, por muchas dudas y desconocimiento que tuvieran sobre el contenido del ítem, y que enfatizaran en el hecho de que no había respuestas buenas o malas, sino que debían señalar la alternativa que reflejara mejor su opinión sobre la cuestión planteada.

Esta forma de proceder es idéntica a la que se realizó en la investigación con la versión Española (Capafons et al., 2015)

Finalmente, los cuestionarios se devolvían desde Portugal, por correo a la dirección del Dr. Capafons, o en algún caso fueron entregados en mano al Dr. Capafons aprovechando alguno de sus viajes a Portugal. Posteriormente, se introdujeron las respuestas en una base de datos de SPSS 19.0

---

## 2.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

---

Mediante el programa SPSS 19.0 se obtuvieron estadísticos descriptivos, tanto del test, como del re-test. Además, se realizaron análisis correlacionales entre los elementos de la prueba en el primer momento de medida (test) sobre el que se ha contrastado el modelo de medida. A estos efectos, se llevó a cabo un AFC mediante el programa LISREL 8.80 (Jöreskog, Sörbom, Du Toit, y Du Toit, 1999). En cuanto a las estimaciones del modelo para confirmar la dimensionalidad de la escala, se realizó mediante el procedimiento de Máxima Verosimilitud Robusto (RML), dado el desajuste respecto a la normalidad de las dimensiones que se utilizan - Tabla 2-. Para la evaluación del ajuste del modelo, debido al procedimiento elegido, se utilizó el indicador de Ji cuadrado ajustado mediante la propuesta de Satorra-Bentler ( $\chi^2_{S-B}$ ; Satorra y Bentler, 1994), y otros indicadores de acuerdo con las recomendaciones al respecto (Byrne, 2006; Kline, 2005; Hair, Black, Babin, y Anderson, 2010). A partir de estas recomendaciones, se seleccionó el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA), en el que se considera un buen ajuste un valor menor de 0.05, acompañado de su intervalo de confianza al 90%. Además, se obtuvieron los índices de ajuste incremental, Índice de Ajuste Comparativo (CFI) e Índice No Normalizado de Ajuste (NNFI), en los que se considera un buen ajuste valores iguales o superiores a 0.95. También se incluye el Residuo Cuadrático Medio Estandarizado (SRMR), cuyos valores iguales o menores a 0.08 indican un ajuste aceptable. Para valorar la fiabilidad de las dimensiones se utilizaron el indicador propuesto por Raykov (2001, 2004) en el caso del modelo de AFC, y se añadió información respecto al coeficiente alfa de Cronbach (1951). Además, se comprobó la estabilidad de las dimensiones mediante la fiabilidad test-retest a partir de AFC.

Se llevaron a cabo análisis de varianza (ANOVA<sup>1</sup>) para hallar: (a) posibles diferencias en cuanto haber sido hipnotizado (si el participante ha sido hipnotizado y por quien) –a este respecto se ha utilizado un análisis de agrupamiento (K-means cluster) para determinar los agrupamientos o conjuntos de sujetos, atendiendo a la consistencia de los mismos. La solución más satisfactoria ha resultado ser la de tres agrupamientos (Hipnotizado por: Psicólogo, Otro y Nada –no hipnotizado) y, posteriormente, ANOVA de los grupos obtenidos como variable independiente sobre las dimensiones de la EVACH-C en el test y el re-test (b) posibles diferencias debidas a la calidad de las diferentes fuentes de información en la información que recibe sobre la hipnosis (si han recibido información y por qué medio). Para este propósito, previamente, se ha utilizado un análisis de agrupamiento (K-means cluster) para determinar los agrupamientos o conjuntos de participantes al respecto -con los mismos procedimientos y criterios que en el caso anterior-, siendo la solución más satisfactoria aquella basada en cuatro agrupamientos (Nada, Otros, Universidad y Universidad+ -es decir, a partir de la universidad y de otras fuentes de información adicionales-) (c) posibles diferencias debidas a la formación que posee el estudiante. Para este propósito, previamente, se ha utilizado un análisis de agrupamiento (K-means cluster) para determinar los agrupamientos o conjuntos de participantes al respecto, con los mismos procedimientos y criterios que en el caso anterior, siendo la solución más satisfactoria la basada en tres agrupamientos (Nada, Psicología y Otra). Finalmente, se utilizó como apoyo un Análisis de Componentes Principales Categórico (CATPCA) para aportar una visión integrada de las relaciones entre las dimensiones de la EVACH-C en el espacio definido por las dos primeras dimensiones (componentes principales) y ver la situación de las variables personales y contextuales en dicho plano, a partir de sus centroides.

---

<sup>1</sup> ANOVA a nivel univariado con cada dimensión y MANOVA para el perfil del conjunto de las dimensiones de la EVACH-C, en todos los casos.

### **3. RESULTADOS**





---

### **3.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVOS.**

---

Los estadísticos descriptivos para cada ítem, tanto del test, como del re-test se muestran en la tabla 3.

---

### 3.2. FACTORIAL CONFIRMATORIO

---

Los índices de bondad de ajuste indicaron un buen ajuste del modelo propuesto de ocho factores, eliminando el ítem 11 (“La persona hipnotizada es pasiva”) debido a su comportamiento poco consistente. La estructura factorial encontrada en la situación inicial (test) al poner a prueba el modelo AFC con los 8 factores predichos por la construcción de la misma y las experiencias anteriores: Miedo, Memoria, Ayuda, Control, Colaboración, Interés, Mágica y Marginal se muestra en la Tabla 2.

En la Tabla 4 se muestran los valores obtenidos en este estudio para los indicadores de ajuste seleccionados, junto a los que se han obtenido en otros estudios ya mencionados. Los indicadores de ajuste muestran un buen resultado en general y aceptable en el caso de SRMR. Así, se ha obtenido para el modelo un valor  $\chi^2_{S-B}$ , como la mejor opción para la situación de no normalidad comentada. Aunque su significación es inferior a 0.05, como proponen Hair et al. (2010), este es un resultado esperable con el número de participantes y variables que incluye el modelo. No obstante, seguimos la recomendación de informar sobre ello. Entre los indicadores orientados a residuos se aprecia un buen ajuste en el RMSEA –con un intervalo de confianza al 90% de rango muy estrecho y situado entre 0.049 y 0.052- y un ajuste satisfactorio en el caso del SRMR, al encontrarse por debajo de 0.08. Los indicadores de ajuste relativo NNFI y CFI muestran un ajuste excelente.

En la Tabla 5 se muestran los resultados correlacionales entre los elementos de la prueba en el primer momento de medida (test) sobre el que se ha contrastado el modelo de medida.

En base a los índices obtenidos mediante LISREL, se confirma la consistencia en la muestra de estudiantes portugueses del modelo propuesto basado en ocho factores: Ayuda (la hipnosis es una técnica que facilita los resultados terapéuticos y mejora las intervenciones

médicas y psicológicas a las que se adjunta), Control (la persona hipnotizada mantiene el control en sus acciones y es capaz de resistir a las sugerencias si lo desea), Mágica (las sugerencias hipnóticas permiten mejorar o solucionar un problema sin necesidad de esfuerzo por parte de la persona), Interés (deseo de ser hipnotizado y de ser muy hipnotizable), Colaboración (se refiere al esfuerzo y la colaboración necesarios por parte de la persona hipnotizada para experimentar las sugerencias hipnóticas), Miedo (la hipnosis es peligrosa y la gente puede quedarse atrapada), Memoria/Trance (la persona hipnotizada está en un estado de trance que le permite acceder a recuerdos de sucesos pasados que no recuerda y que le impide mentir sobre lo que mentiría en condiciones normales) y Marginal (creencias relacionadas con considerar la hipnosis al margen de la investigación científica, y a la persona hipnotizada al margen de la normalidad).

---

### 3.3. FIABILIDAD

---

La fiabilidad a partir del AFC ( $\rho_{xx'}$ ) y la consistencia interna ( $\alpha$ ) (Tabla 6) son aceptables, oscilando entre 0.52 en Control, y 0.83 en Interés, siendo el resto superiores a 0.60., excepto 0.59 en Colaboración. Los coeficientes alfa muestran niveles similares con sobreestimaciones e infraestimaciones en las diferentes dimensiones respecto a  $\rho_{xx'}$ , aproximadamente equilibradas en el conjunto de las ocho dimensiones. En este caso, el valor más reducido se da en la dimensión Control (0.54), existiendo dos dimensiones por encima de 0.75 (Ayuda e Interés). La estabilidad de los factores resulta excelente, situándose en la gran mayoría de los casos por encima de 0.90, salvo en el caso de las dimensiones Control (0.89) e Interés (0.87).

---

### 3.4 ANÁLISIS DE CREENCIAS

---

En la Tabla 7 aportamos los resultados descriptivos de los distintos factores de la escala (Media y DT) en el test y en el retest, que dan una idea general de las opiniones concretas de los participantes. Los factores Ayuda, Control, Colaboración e Interés son factores positivos (en general, a más puntuación mejor actitud y mayor conocimiento de la investigación científica sobre la hipnosis), y el resto de factores, los cuales, curiosamente, todos empiezan con la letra M (Miedo, Memoria, Mágica y Marginal) son negativos, por lo que puntuaciones elevadas, también en general, indicarían un pobre conocimiento de la hipnosis científica así como actitudes no muy adecuadas hacia la hipnosis.

Los perfiles promedio de los factores de la prueba resultan marcadamente semejantes en el test y el re-test. Asimismo, las bandas de error de las medias son estrechas en todos los casos. Esto resulta concordante con los datos ofrecidos más adelante respecto a la estabilidad de las dimensiones (Figura 1).

#### 3.4.1. MIEDO

En este factor, la media de las puntuaciones en el test es de 3.52 con los ítems del factor, y la desviación típica es 0.92 (en el re-test la media es del 3.45 y la desviación típica de 0.90).

Por tanto, los participantes perciben la hipnosis en una posición intermedia o de indeterminación en relación a si tienen miedo o no hacia ella.

### **3.4.2. MEMORIA**

La media de puntuaciones en este factor en el test es de 3.60 y la desviación típica es de 0.72. En el re-test la media es de 3.55 y la desviación típica de 0.72.

En general, los participantes tienden a estar en una posición de indeterminación hacia las creencias relacionadas con la capacidad de la hipnosis para recordar eventos con precisión o para propiciar que una persona diga la verdad sobre lo que se le pregunte en hipnosis.

### **3.4.3. AYUDA**

La media del factor Ayuda en el test es de 3.89 y la desviación típica es de 0.89, mientras en el re-test la media es de 3.89 y la desviación típica de 0.91.

Según estos resultados observamos que los participantes tienden a estar de acuerdo respecto a considerar la hipnosis como una técnica adjunta que facilita los resultados terapéuticos y mejora las intervenciones médicas y psicológicas a las que se adjunta.

### **3.4.4. CONTROL**

La media de este factor es 3.08 que indica desacuerdo con los ítems relacionados con el control que mantiene la persona hipnotizada sobre sí misma. La desviación típica es de 0.73, variación que en los casos por encima de la media implica, el cambio al acuerdo con los ítems del factor. En el re-test la media es de 3.15 y la desviación típica de 0.76.

En general, los participantes creen que las personas hipnotizadas no mantienen el control sobre sí mismas para aceptar sugerencias y no pueden salir de la hipnosis cuando así

lo deseen. Asimismo, creen que en hipnosis no conservan su voluntad para actuar y podrían ser obligadas a hacer cosas contrarias a su propia voluntad.

#### **3.4.5. COLABORACIÓN**

Este factor es el que tiene la media más alta (4.31) de acuerdo con los ítems que lo componen y su desviación típica es 0.84. En el re-test la media es de 4.20 y la desviación típica de 0.83.

Por tanto, los participantes consideran que una cuestión fundamental de la hipnosis es la colaboración y cooperación de la persona hipnotizada.

#### **3.4.6. INTERÉS**

La media de este factor es de 2.96 y la desviación típica es la más alta de todos los factores, 1.20, lo que indica una variación amplia en las respuestas de los participantes. En el caso del re-test la media es de 2.95 y la desviación típica 1.16, lo que confirma el nivel y la variabilidad encontrada en el pre-test.

Según estos resultados, en general, los participantes no muestran interés por la hipnosis, y tienen una actitud negativa hacia el hecho de ser hipnotizados.

#### **3.4.7. MÁGICA**

La media de este factor es de 2.74, la más baja de todos los factores e indica desacuerdo con los ítems que componen el factor y la desviación típica es 0.84. En el re-test la media es de 2.79 y la desviación típica de 0.83.

Estos resultados indican que los participantes no tienen una visión mágica de la hipnosis y, por tanto, no creen que funcione por sí misma y sin el esfuerzo de las personas hipnotizadas.

#### **3.4.8. MARGINAL**

La media de este factor es de 3.34 y la desviación típica es 0.85, mientras en el re-test la media es de 3.28 y la desviación típica de 0.84.

Por lo tanto los participantes se posicionan en una indeterminación, pero más cercanos al hecho de que la hipnosis no se desarrolla al margen de la investigación científica y también muestran un ligero desacuerdo en considerar a las personas hipnotizables como crédulas, ignorantes o dependientes psicológicamente.



### **3.5. DETERMINACIÓN DE LA INFLUENCIA DE LAS PRINCIPALES VARIABLES PERSONALES Y CONTEXTUALES RESPECTO A LAS HIPNOSIS Y SÍNTESIS DEL ESPACIO DIMENSIONAL EN LA SITUACIÓN PRETEST.**

Con el fin de ahondar en el significado de las diferencias encontradas, se exploraron las ocho dimensiones de la Escala (factores) para las distintas variables personales/contextuales: sexo, curso, información recibida en relación a la hipnosis, formación, hipnosis (si han sido hipnotizados y por quién).

Para finalizar, se realizó a modo de síntesis desde una perspectiva multivariada un Análisis de Componentes Principales Categóricos (CATPCA) respecto del conjunto de dimensiones de la EVACH-C, lo que nos permite profundizar en este marco respecto a su relación con las dimensiones personales y contextuales consideradas.

#### **3.5.1. DIFERENCIAS EN DIMENSIONES TEST Y RE-TEST EN FUNCIÓN DEL SEXO.**

Se encuentran diferencias en el perfil multivariado de las dimensiones de la prueba en función del SEXO del estudiante. Se obtienen diferencias altamente significativas ( $\lambda$  de Wilks  $F_{8,1968} = 9.969$  con  $p \leq 0.001$ ), lo que explica un 3.9% de las diferencias observadas entre los sujetos ( $\eta^2_{\text{PARC}} = 0.039$ ) e indica un tamaño del efecto pequeño (Cohen, 1977) (Tabla 8).

A nivel univariado (Tabla 9) se aprecia un cumplimiento generalizado de la homoscedasticidad, salvo en el caso de las dimensiones Memoria (muy cercana al límite 0.042), Ayuda, Control y Colaboración. En cualquier caso, las significaciones obtenidas que se mencionan a continuación no se verán afectadas decisivamente. Se observan diferencias significativas en Ayuda, Control, Colaboración y Marginal ( $p \leq 0.001$ ), resultando muy

cercano a la significación ( $p \leq 0.05$ ) en el caso de Mágico (Tabla 10). Los tamaños del efecto en las dimensiones son pequeños (Cohen, 1977), explicando las diferencias observadas en la dimensión en un rango entre 0.0% en el caso de Interés a un máximo de 0.9% en el caso de Ayuda y Marginal.

### **3.5.2. DIFERENCIAS EN DIMENSIONES TEST Y RE-TEST EN FUNCIÓN DEL CURSO.**

Se encuentran diferencias en el perfil multivariado de las dimensiones de la prueba en función del CURSO en que se encuentra el estudiante. Se obtienen diferencias altamente significativas ( $\lambda$  de Wilks  $F_{48,9171} = 4.764$  con  $p \leq 0.001$ ), lo que explica un 2% de las diferencias observadas entre los sujetos ( $\eta^2_{\text{PARC}} = 0.020$ ) e indica un tamaño del efecto pequeño (Cohen, 1977). (Tabla 11)

A nivel univariado (Tabla 12) se aprecia un cumplimiento generalizado de la homoscedasticidad, salvo en las dimensiones Miedo, Ayuda, Colaboración. Se observan diferencias altamente significativas en las dimensiones (Miedo, Colaboración, Mágico y Marginal) ( $p \leq 0.001$ ) y significativas al ( $p \leq 0.01$ ) en Ayuda y significativa al ( $p \leq 0.05$ ) en Control (Tabla 13). Los tamaños del efecto en las dimensiones son pequeños (Cohen, 1977), explicando las diferencias observadas en la dimensión en un rango entre 0.5% de en el caso de Interés a un máximo de 5.2% en el caso de Colaboración.

Por lo que respecta a las comparaciones post hoc en cada una de las dimensiones (gráficos 2 a 5) se aprecian tendencias de clara evolución con la carrera. Así, por lo que se refiere a la dimensión Miedo parte de valores elevados en los dos primeros cursos y luego se va reduciendo hasta la finalización de la carrera, particularmente desde el cuarto curso. Los

que no están cursando estudios universitarios son los que presentan puntuaciones más elevadas.

En la dimensión de Memoria sus valores van decreciendo progresivamente desde primero a tercero, produciéndose una caída muy considerable en cuarto y más en quinto. Los que no están cursando estudios universitarios presentan unos niveles similares a los del primer año de carrera.

En la dimensión Ayuda, hay una tendencia ascendente una vez superado el segundo año de carrera, alcanzando las puntuaciones más elevadas y luego en cuarto y quinto teniendo un ligero descenso. Los estudiantes que no cursan carrera universitaria tienen un nivel similar a los de segundo curso.

En la dimensión Control se da una tendencia creciente a lo largo de toda la carrera, produciéndose un descenso muy evidente en quinto. Los estudiantes que no están en la universidad presentan los niveles más inferiores.

En la dimensión Colaboración se aprecia una tendencia global muy similar a la dimensión de Control, aunque los niveles globales son inferiores, siendo el descenso en quinto mucho menor que en Control. Los estudiantes que no están en la universidad muestran los niveles más inferiores.

En la dimensión Interés no podemos decir que exista una tendencia y lo único evidente es que en quinto es cuando muestra niveles inferiores. Los estudiantes no universitarios muestran junto con los de segundo (a excepción del ya comentado de quinto) los niveles más bajos.

En la dimensión Mágica se aprecia un claro decrecimiento a lo largo de la carrera, produciéndose una ligera elevación o estabilización de tercero a cuarto. Los estudiantes que no cursan estudios universitarios se encuentran en niveles más elevados, siendo los más bajos en quinto.

Finalmente, en la dimensión de Marginal en general se aprecia un patrón de evolución descendiente que se ve alterado cuando pasamos a quinto. Nuevamente los niveles más elevados se dan en los estudiantes que no están cursando carrera universitaria.

### **3.5.3. DIFERENCIAS EN DIMENSIONES TEST Y RE-TEST RESPECTO A SI SE HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE LA HIPNOSIS Y A PARTIR DE QUÉ FUENTES.**

Las diferencias entre los agrupamientos por tipo de fuente de INFORMACIÓN respecto a la hipnosis (Tabla 14) son altamente significativas  $-\lambda$  de Wilks ( $F_{24,5697} = 12.427$  con  $p \leq 0.001$ ), lo que explica un 4.8% ( $\eta^2_{\text{PARC}} = 0.048$ ) de las diferencias observadas entre los sujetos en el conjunto del perfil de las ocho dimensiones e indica un tamaño del efecto pequeño (Cohen, 1977).

A nivel univariado (Tabla 15) se aprecia un cumplimiento bastante generalizado de la homoscedasticidad, a excepción de las dimensiones Miedo, Marginal y Control. En cualquier caso, las significaciones obtenidas que se mencionan a continuación no se verán afectadas decisivamente. Se observan diferencias altamente significativas en todas las dimensiones del cuestionario ( $p < 0.001$  en todos los casos) (Tabla 16). Los tamaños del efecto en las dimensiones explican las diferencias observadas en la dimensión en un rango entre 1.4% de en el caso de Memoria a un máximo de 5.0% en el caso de Marginal. El tamaño del efecto es pequeño (Cohen, 1977) en todas las dimensiones.

Por lo que respecta a las comparaciones post hoc en cada una de las dimensiones (gráficos 6 a 9) se aprecia que la ausencia de información sobre la hipnosis genera puntuaciones más elevadas en: Miedo, Mágico y Marginal, siendo en Memoria también alta, pero superada por Otros. Dicha ausencia de información produce las puntuaciones más bajas en: Ayuda, Control, Colaboración e Interés. Cuando la información proviene de una institución universitaria, ya sea sólo o junto con otras fuentes es cuando se produce puntuaciones más bajas en las dimensiones: Miedo, Memoria, Mágico y Marginal y sin embargo puntuaciones más elevadas en Control. Cuando la información proviene de otras fuentes no vinculadas a ámbitos científicos o a la Universidad produce las mayores elevaciones en Memoria.

#### **3.5.4. DIFERENCIAS EN DIMENSIONES TEST Y RE-TEST EN FUNCIÓN DE LA FORMACIÓN.**

Se encuentran diferencias en el perfil multivariado de las dimensiones de la prueba en función de la FORMACIÓN del estudiante. Se obtienen diferencias altamente significativas ( $\lambda$  de Wilks  $F_{16,3934} = 18.651$  con  $p \leq 0.001$ ), lo que explica un 7.1% de las diferencias observadas entre los sujetos ( $\eta^2_{\text{PARC}} = 0.071$ ) e indica un tamaño del efecto mediano (Cohen, 1977) (Tabla 17).

A nivel univariado (Tabla 18) se aprecia un cumplimiento de la homoscedasticidad, salvo en las dimensiones Memoria, Ayuda, Colaboración y Marginal. En cualquier caso, las significaciones obtenidas que se mencionan a continuación no se verán afectadas decisivamente. Se observan diferencias altamente significativas en todas las dimensiones ( $p \leq 0.001$  en todos los casos) (Tabla 19). Los tamaños del efecto en las dimensiones son

pequeños (Cohen, 1977), explicando las diferencias observadas en la dimensión en un rango entre 0.7% de en el caso de Memoria a un máximo de 5.0% en el caso de Colaboración.

Por lo que respecta a las comparaciones post hoc en cada una de las dimensiones (gráficos 10 a 13) se aprecia que la ausencia de formación universitaria produce las mayores elevaciones en las dimensiones: Miedo, Memoria, Mágico y Marginal y sin embargo, se producen las puntuaciones más bajas en las otras dimensiones: Ayuda, Control, Colaboración e Interés. Cuando la formación es de Psicología se produce justo el efecto contrario a lo anteriormente comentado para Nada (no poseer estudios universitarios). Cuando la formación es universitaria, pero no de Psicología, se produce un comportamiento parecido al de Nada, aún cuando los conceptos erróneos sobre la hipnosis son menores.

### **3.5.5. DIFERENCIAS EN DIMENSIONES TEST Y RE-TEST EN FUNCIÓN DE HIPNOSIS (SI HAN SIDO HIPNOTIZADOS).**

Se encuentran diferencias en el perfil multivariado de las dimensiones de la prueba en función de HIPNOSIS (no hipnotizados, hipnotizados por un psicólogo, hipnotizados por otros agentes). Se obtienen diferencias altamente significativas ( $\lambda$  de Wilks  $F_{16,3932} = 5.613$  con  $p \leq 0.001$ ), lo que explica un 2.2% de las diferencias observadas entre los sujetos ( $\eta^2_{\text{PARC}} = 0.022$ ) e indica un tamaño del efecto pequeño (Cohen, 1977). (Tabla 20).

A nivel univariado (Tabla 21) se aprecia un cumplimiento bastante generalizado de la homoscedasticidad, salvo en la dimensión Marginal (0.047). En cualquier caso, las significaciones obtenidas que se mencionan a continuación no se verán afectadas decisivamente. Se observan diferencias altamente significativas en las dimensiones (Miedo, Ayuda, Control e Interés) ( $p \leq 0.001$ ) y significativa al ( $p \leq 0.05$ ) en Marginal (Tabla 22). Los tamaños del efecto en las dimensiones son pequeños (Cohen, 1977), explicando las

diferencias observadas en la dimensión en un rango entre 0.0% en el caso de Mágico a un máximo de 2.0% en el caso de Interés.

Por lo que respecta a las comparaciones post hoc en cada una de las dimensiones (gráficos 14 a 17) se aprecia que cuando no se ha sido hipnotizado las dimensiones que aparecen más elevadas son: Miedo y Marginal, curiosamente en Memoria y Mágica aparecen las puntuaciones más bajas. En relación a las dimensiones: Ayuda, Control, Colaboración e Interés si no ha sido hipnotizado las puntuaciones son las más bajas. En relación a ser hipnotizado por un psicólogo o por otra persona en la dimensión Miedo las puntuaciones son similares; siendo más elevadas para psicólogo en Memoria, Ayuda, Control, Colaboración e Interés y Mágico; siendo más bajo para la dimensión Marginal.

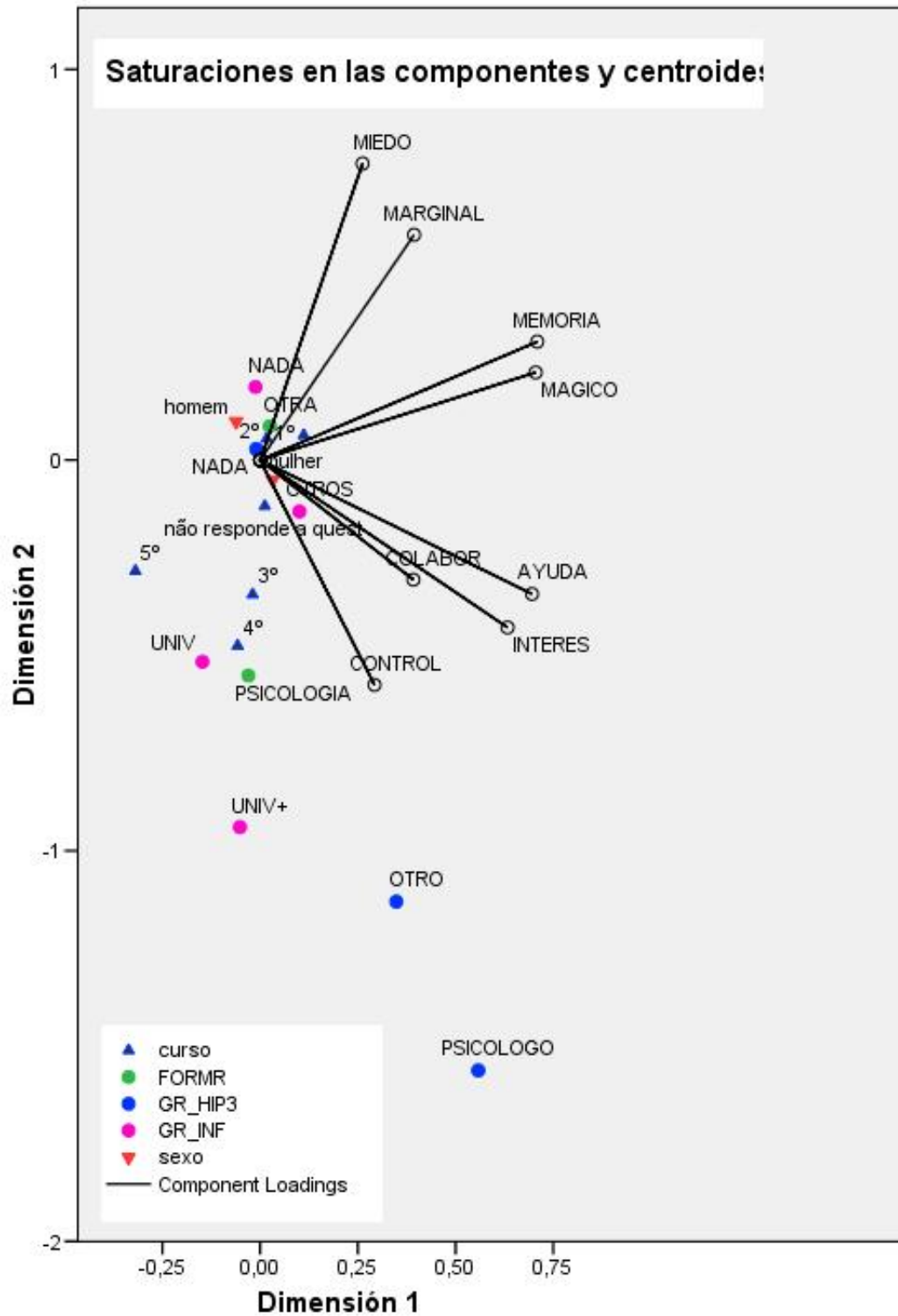
### **3.5.6. ESPACIO DIMENSIONAL REDUCIDO DE LAS DIMENSIONES EN EL PRE-TEST Y SU RELACIÓN CON LAS PRINCIPALES VARIABLES PERSONALES Y CONTEXTUALES.**

Se ha procedido a obtener, dadas las características métricas de la dimensiones consideradas, un análisis factorial de Componentes principales categórico (CATPCA) a partir de las ocho dimensiones de la EVACH-C en el que se ha retenido el espacio bidimensional definido por los dos primeros componentes en el pretest. Esta solución es de utilidad en buena parte de las situaciones ya que suele retener características fundamentales de las relaciones entre las mismas, aún en situaciones complejas. Además, en la presente situación con un total de ocho dimensiones originales no parece precisar, a priori, de mayor complejidad. Sobre estas dos dimensiones se han situado los centroides correspondientes a las modalidades de las variables personales-contextuales: sexo, curso, información, formación e hipnosis.

La primera dimensión tiene un valor propio de 2.348 ( $\alpha = 0.656$ ) y la segunda de 1.776 ( $\alpha = 0.499$ ), de manera que el conjunto de ambas dimensiones tiene un  $\alpha = 0.866$  (ver tabla 23). Todo esto señala la existencia de dos dimensiones bastante equilibradas en cuanto a la información que aglutinan, aún siendo más relevante la primera por definición.



Gráfico 1. Representación bidimensional de las dos dimensiones obtenidas en el Análisis de Componentes Principales Categórico sobre las dimensiones de la escala EVACH-C, superponiendo los centroides correspondientes a las modalidades de las variables personales y contextuales (Sexo, Curso, Información, Formación, Hipnosis).



A partir del Gráfico 1, podemos observar que la primera dimensión se define en el eje horizontal, siendo todas ellas relaciones que expresan mayor o menor valor de izquierda a derecha desde el origen. Así puede apreciarse que las dimensiones Memoria, Mágica, Ayuda e Interés, son aquellas que alcanzan mayor valor en esta dimensión.

Respecto al segundo componente extraído, se puede observar que esta segunda dimensión del plano (eje vertical) muestra una definición con valores positivos y negativos. Así en la parte positiva se sitúan las dimensiones “M” (Miedo, Marginal, Memoria y Mágico), mientras que en la parte negativa se sitúan el resto de dimensiones (Colaboración, Ayuda, Interés y Control) existiendo una separación mayor entre las dimensiones (Miedo y Control). De este modo, en el espacio bidimensional se definen dos conjunto de dimensiones de la EVACH-C. Desde la parte superior, con las dimensiones negativas de Mágico y Memoria, seguimos en el mismo cuadrante –parte superior derecha- con las dimensiones de Miedo y Marginal- asimismo en la parte positiva. Esto supone, en definitiva, que se puede definir este espacio como de mayor negatividad. Al pasar al cuadrante inferior derecho se hallan las dimensiones de Ayuda, Interés, Colaboración y Control, en esta secuencia de valores decrecientes en la parte positiva del primer componente. Por tanto, se puede definir como un espacio de actitudes y creencias más positivas hacia la hipnosis.

Dentro de este espacio bidimensional general, como ya hemos indicado, se han situado los centroides correspondientes a las modalidades de las variables clave personales y contextuales cuyos resultados a nivel univariado y multivariado hemos presentado en anteriores apartados.

En relación a la variable sexo (triángulo rojo), apreciamos que los hombres se sitúan en el cuadrante superior izquierdo y las mujeres en el inferior derecho, aunque ambos están muy próximos y se sitúan en torno al eje (en ambas dimensiones), lo que supone una posición

indiferenciada respecto a las relaciones entre las creencias reflejadas en este espacio dimensional. Esto concuerda con el reducido tamaño del efecto (tanto a nivel univariado como multivariado) que se ha descrito con anterioridad. Únicamente detallar que en la primera dimensión las mujeres presentan una puntuación positiva y los hombres negativa, mientras que en la segunda dimensión resulta al contrario. Por tanto, las mujeres tienen mayor inclinación por las dimensiones más positivas que los hombres, aunque el efecto diferencial, como se ha visto en apartados anteriores presenta un tamaño de efecto reducido.

Por lo que respecta al curso se aprecia que los centroides (triángulo azul), según la primera dimensión, los primeros cursos se agrupan en el cuadrante superior derecho y los últimos cursos en el cuadrante inferior izquierdo y tomando la segunda dimensión los primeros cursos se agrupan en el cuadrante superior izquierdo y los últimos cursos en el cuadrante inferior izquierdo. De este modo se puede visualizar unos procesos de maduración o consolidación del conjunto de creencias sobre la hipnosis conforme avanzan en el programa de su formación universitaria. No obstante, como ya se ha evidenciado al estudiar la influencia de esta variable sobre las dimensiones, el último curso (5º) tiene un patrón mas negativo que los cursos anteriores (aquí se observa un nivel peor que el de tercer curso).

Por lo que se refiere a la Formación cursada (círculo verde) –recordemos recodificada en tres posibilidades: Nada, Psicología y Otros estudios- nos encontramos que el conjunto de estudiantes que no tiene estudios universitarios se haya prácticamente en el centro de ambos ejes, ocurriendo lo mismo con Otros, lo que supone una posición indiferenciada respecto a las relaciones entre las creencias reflejadas en este espacio dimensional. Respecto a la segunda dimensión los estudiantes de Psicología presentan una posición más alejada de las creencias más negativas en cuanto a la hipnosis, fundamentalmente las de Miedo y Marginal. También se vincula con las creencias más positivas respecto a la hipnosis, especialmente la de Control.

La vinculación con la creencia de Control y su contraposición con las creencias de Miedo y Marginal constituye el elemento más central de lo que acontece en los estudiantes de Psicología.

Respecto a haber sido hipnotizado (círculo azul) –recodificada en tres posibilidades: - Psicólogo, Otro y Nada- se aprecia también un claro impacto en sus creencias. Así, aquellos estudiantes que no han recibido hipnosis se hallan en una posición indiferenciada, prácticamente en el cruzamiento de ambos ejes. Por su parte, los que sí han recibido hipnosis se sitúan en la parte negativa de la segunda dimensión y muy alejados de las creencias más negativas respecto a la hipnosis. Se aprecian, asimismo, diferencias entre quienes han seguido la hipnosis con un profesional de la Psicología o mediante otro tipo de hipnotizador. La tendencia general puede considerarse común a los dos casos y particularmente más centrada en la dimensión de Control, donde la diferencia entre ambos casos se aprecia en una mayor intensidad de la definición para quienes han sido hipnotizados por un profesional de la Psicología.

Por último, considerando el valor de la fuente(s) a partir de la(s) que ha obtenido información sobre la hipnosis (círculo rosa), –recodificada en cuatro posibilidades: Nada, Otros, Universidad y Universidad+( más otras fuentes)-. En la primera dimensión, Nada se sitúa en el cuadrante superior izquierdo, Otros en el inferior derecho y Universidad y Universidad+ en el inferior izquierdo, también detallar que Otros es el único que aparece en la parte positiva de la dimensión. En relación a la segunda dimensión los que cuentan con información de la Universidad, ya sea sola o añadida a otras fuentes, presentan una posición más alejada de las creencias más negativas en relación a la hipnosis. Detallar que en la misma dimensión dos, Control y Universidad se muestran muy cercanas y también se aprecia cercanía en relación a las creencias más positivas respecto a la hipnosis. En definitiva, la

información a partir de la universidad aporta una clara determinación respecto a las creencias más positivas hacia la hipnosis. No obstante, no se perfila tan claramente hacia una asociación sólida y consistente con las mismas, especialmente si consideramos su situación comparada con aquellos que reciben información a partir de otras fuentes o respecto a la configuración que se da en otros ámbitos poblacionales (Capafons et al., 2015).

## **4. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN**



El primer objetivo del presente trabajo era analizar la estructura factorial de la Escala de Valencia de Actitudes y Creencias hacia la Hipnosis (Versión Cliente revisada, EVACH-C) con metodología confirmatoria, partiendo de los análisis exploratorios y confirmatorios con muestras de diferentes países (Capafons, Mendoza et al., 2008; Capafons et al., 2015; Green et al., 2012). Se puede afirmar que se confirma la primera hipótesis, dado que la solución factorial alcanzada se corresponde con las soluciones factoriales de los análisis factoriales exploratorios realizados con muestras multiculturales, y es muy similar a la solución factorial exploratoria obtenida con la escala por Carvalho et al. (2007), en la que también nos encontramos los mismos ocho factores (Miedo, Memoria, Ayuda, Control, Colaboración, Interés, Mágica y Marginal), si bien con aglutinaciones de ítems ligeramente distintas. Aunque algunos de los ítems se redistribuyeron de una manera ligeramente diferente a lo encontrado en los estudios con muestras americanas y españolas, siempre se ha mantenido la consistencia teórica y lógica de la ubicación de los ítems. Asimismo es similar a la estructura factorial confirmatoria obtenida por Green et al. (2012) con muestra norteamericana y también similar a la estructura factorial confirmatoria encontrada por Capafons et al. (2015). Las pequeñas diferencias encontradas pueden deberse a las propias muestras e incluso a variaciones culturales. Por ejemplo, el concepto de trance en EE.UU. está más difundido y parece tener menos impacto negativo que en España, al menos entre los profesionales que usan la hipnosis. Añadido a lo anterior es consistente con la solución factorial confirmatoria alcanzada con la versión EVACH-T (Capafons, Espejo et al., 2008). Por todo ello, la estructura encontrada confirma los resultados de otras investigaciones con análisis exploratorios y confirmatorios, ocurriendo de igual forma con la escala gemela destinada a terapeutas.

El segundo objetivo de este trabajo era establecer la fiabilidad test re-test (estabilidad temporal) para confirmar la alta consistencia interna obtenida con metodología confirmatoria



en anteriores investigaciones. Con respecto a este objetivo, en cuanto a la calidad de los resultados, la escala alcanza ajustes satisfactorios ligeramente mejores que en la muestra norteamericana (ver Green et al., 2012) y española (ver Capafons et al., 2015). Su fiabilidad más robusta es la de test-retest, luego Raykov, y, por último,  $\alpha$ , esta última menor que en la muestra norteamericana y española. En general, se replican también los resultados lo que indica la robustez de la escala. Aún así, conviene indicar que los datos de algunas escalas (concretamente, Control y Colaboración) presentan limitaciones para decisiones individuales en cuanto a fiabilidad de las dimensiones, aunque sus niveles de estabilidad permiten avalar en las condiciones actuales la consistencia de la información que ofrecen. Esta misma cuestión también ocurre en las mismas dos dimensiones (Control y Colaboración) en la muestra española (ver Capafons et al., 2015).

En relación al tercer objetivo, analizar las creencias hacia la hipnosis de la muestra de estudiantes portugueses que respondieron a la escala. En general, se puede afirmar que los participantes que respondieron a la escala consideran la hipnosis como una técnica adjunta que puede facilitar los resultados de los tratamientos psicológicos o médicos. Asimismo, creen que en hipnosis no se mantiene el control sobre su comportamiento, pero, no obstante, consideran que la cooperación y colaboración de la persona hipnotizada son factores imprescindibles para que se den sus efectos. Muestran poco interés hacia la hipnosis y una actitud negativa hacia ser hipnotizados. Por último, no tienen muy claro (al estar situados en una posición intermedia) si la hipnosis ayuda, o no, a recuperar recuerdos pasados, si lo que se dice bajo hipnosis es verdad, y si la hipnosis les produce, o no, miedo. Otro tanto les ocurre sobre si la hipnosis está al margen de la investigación científica (en dichos factores se sitúan en posiciones intermedias). Por tanto, se puede afirmar, que los participantes mantienen unas creencias más desajustadas en relación a la hipnosis que lo que se manifiesta en la muestra española (Capafons et al. 2015), aunque existen notables diferencias entre la muestra

española (todos ellos Universitarios e incluso con estudios de Master). Probablemente, porque la hipnosis científica lleva menos años difundiéndose en Portugal, donde predominan más los enfoques Ericksonianos e incluso en alguna universidad se difunde la creencia de que las regresiones hipnóticas son clínicamente eficaces para resolver problemas psicológicos. De hecho, hay pocos grupos de investigación, siendo el más longevo y científicamente basado el de la Profesora Carvalho, aun siendo la directora del Instituto Erickson de Lisboa, donde trata de integrar esta aproximación con la evidencia experimental y empírica disponible. El grupo de la Universidad de Coímbra liderado por el profesor Lopes Pires está iniciando su andadura, y no ha tenido tiempo todavía de difundir la hipnosis tanto en el ámbito profesional como social en general, mientras que en España la propia revista de Papeles del Psicólogo ya publicó artículos sobre hipnosis desde el año 1998.

En los participantes de este estudio se observa que los factores positivos no alcanzan puntuaciones muy altas, siendo la mayor puntuación la obtenida en el factor Colaboración, pero, asimismo, es interesante observar que los factores negativos tampoco destacan por sus valores elevados, siendo el más alto el de Memoria, lo que coincide con lo relatado líneas antes acerca de la defensa de las regresiones hipnóticas para recuperar recuerdos disociados en el inconsciente, por alguna universidad portuguesa, al menos en el tiempo en el que se paso la Escala. Es decir, ni grandes filias ni grandes fobias hacia la hipnosis, aunque es recomendable destacar que en uno de los factores que, como se ha detallado, puede generar iatrogenia (Memoria), los participantes presentan una indeterminación por lo que podrían solicitar la realización de hipnosis para la recuperación de recuerdos con el consiguiente riesgo que esto conlleva, como ya hemos detallado.

Con respecto al último de los objetivos, comprobar varias hipótesis referidas a la influencia de algunas variables personales: sexo, curso, información, formación e hipnosis -si han sido hipnotizados- ya confirmadas con la versión española, los resultados muestran algunas diferencias que comentamos a continuación:

En cuanto al sexo, se hayan diferencias significativas en el caso de Ayuda, Control, Colaboración y Marginal, para lo que no teníamos hipótesis ni predicción alguna, pues en este tipo de estudios es más un análisis rutinario, y seguimos sin tenerla.

Respecto a los resultados obtenidos en la EVACH-C y el curso en el que se encuentran los participantes, se halla una tendencia de clara evolución en relación al curso del estudiante, así se parte de creencias poco ajustadas que van evolucionado a creencias más ajustadas a medida que el participante va pasando de curso.

Así, por lo que se refiere a las dimensiones M que indicaría actitudes y creencias inadecuadas si se puntua alto en ellas (Miedo, Memoria, Mágico y Marginal) parte de valores más elevados, ya sea al no tener estudios universitarios o en los primeros cursos, produciéndose un descenso en las puntuaciones de forma progresiva hasta la finalización de la carrera. Conviene señalar que esto ocurre en todas las dimensiones, a excepción de la dimensión Marginal, que, aunque, sigue la misma dinámica que las anteriores, se produce una elevación en el quinto curso. En tres de las dimensiones positivas (Ayuda, Control, Colaboración), si comparamos las puntuaciones de quienes no tienen estudios universitarios o solo de primeros años, son más bajas que los que estudian un curso superior. En el caso de Interés, se sigue una parecida progresión a lo referido en las anteriores dimensiones, pero debemos destacar cómo desciece de forma muy apreciable el interés por la hipnosis cuando están en quinto curso.

En el caso de la variable haber recibido información, o no, acerca de la hipnosis los resultados muestran que la ausencia de información sobre la hipnosis, o que esta sea de fuentes no vinculadas a la Universidad conlleva más Miedo (la hipnosis es peligrosa, y la gente puede quedarse atrapada en ella), más Memoria (la persona hipnotizada puede acceder a recuerdos de sucesos pasados que no recuerda, y queda impedida para mentir sobre lo que mentiría en condiciones normales), más Mágica (las sugerencias hipnóticas permiten mejorar o solucionar un problema sin necesidad de esfuerzo por parte de la persona) y más Marginal (creencias relacionadas con considerar la hipnosis al margen de la investigación científica, y a la persona hipnotizada como crédula, mentalmente vulnerable, dependiente, etc.). En el otro extremo, en relación a las dimensiones más positivas en relación a la hipnosis (Ayuda, Control, Colaboración e Interés) en todas ellas el no poseer información sobre la hipnosis favorece que las puntuaciones sean más bajas. Así, quedaría demostrada la importancia de la Universidad, como vehículo de transmisión de información seria y científica, dirigido a eliminar concepciones erróneas sobre la hipnosis, siempre que la formación universitaria se ajuste a la evidencia científica, lo que no ocurre en todos los casos.

En relación al hecho de haber sido o no hipnotizado los resultados obtenidos en la EVACH-C nos muestran que el haber sido hipnotizado produce impacto en las creencias. Así, aquellos participantes que no han recibido hipnosis presentan puntuaciones más elevadas en Miedo y Marginal, y, sin embargo, más bajas en Memoria y Mágica. Así en lo que se refiere a los conceptos erróneos hacia la hipnosis el no haber sido hipnotizado hace que se tenga más miedo y que se la considere al margen de la ciencia. Por otro lado, el hecho de haber sido hipnotizado incrementa algunas de las dimensiones negativas en relación a la hipnosis como creer que la hipnosis favorece el acceso a recuerdos pasados y que funciona sin el esfuerzo de la persona hipnotizada, por ello, de esto se puede inferir que algunas de las concepciones erróneas hacia la hipnosis las siguen fomentando las personas que hipnotizan,

ya sean o no profesionales, como hemos indicado. En relación a las dimensiones más positivas hacia la hipnosis (Ayuda, Control, Colaboración e Interés) se observa que el hecho de ser hipnotizado mejora todas las puntuaciones en estas dimensiones, pero esta elevación es mayor en el caso de haber sido hipnotizado por un Psicólogo. En este caso, podemos decir que la hipótesis 4 se cumple parcialmente, ya que el haber sido hipnotizado en las condiciones adecuadas reduce únicamente el mito Marginal, está prácticamente en la misma posición en Miedo, pero incrementa Memoria y Mágico; aunque por otro lado los que han sido hipnotizados en las condiciones adecuadas sí presentan unas actitudes más positivas en las dimensiones más ajustadas a la hipnosis (Ayuda, Control, Colaboración e Interés). Ya hemos comentado, previamente, en esta discusión las peculiaridades de la situación de la hipnosis en Portugal, particularmente en algunas universidades.

En investigaciones futuras sería interesante observar cómo evoluciona la situación de la hipnosis en Portugal, así como seguir adaptando la escala a otros países lusófonos (como por ejemplo Brasil), como ya se está haciendo, según nos indican, en Australia, Colombia, Cuba, Nueva Zelanda, Venezuela, México y Rumanía, y se están iniciando procesos de investigación en esta dirección en Perú y Chile. En este sentido, es importante también utilizar muestras clínicas, ya que en el estudio que se presenta se han incluido estudiantes, lo que limita la generalización de los resultados.

En la medida en que las actitudes y creencias hacia la hipnosis predicen el resultado terapéutico cuando se inserta la hipnosis en una intervención, es importante realizar investigaciones que estudien la capacidad predictiva de la EVACH-C en este ámbito, y compararla con otras variables como sugestionabilidad hipnótica, motivación, etc., incluso buscando combinaciones de esas variables para encontrar conjuntos de predictores que puedan ayudar a dirimir la conveniencia, o no, de incluir la hipnosis dentro de una

intervención. De esta forma, se ayudaría al profesional a seleccionar los instrumentos que le sugieran qué pacientes presentan una mayor probabilidad de beneficiarse de los tratamientos que incluyen hipnosis, o por el contrario, los que necesitan información más precisa sobre la hipnosis para no desarrollar iatrogenia, incluso si deben recibir una mínima intervención para incrementar su sugestionabilidad hipnótica y así mejorar el rendimiento del tratamiento (Capafons y Mendoza, 2010b; Gfeller y Gorassini, 2010).

Teniendo en cuenta la investigación previa que indica que el tener conocimientos sobre la hipnosis y pasar por la experiencia de estar hipnotizado conlleva el tener actitudes positivas y creencias adecuadas sobre la hipnosis y los resultados de este trabajo, sería muy positivo incluir formación, tanto teórica como práctica, en las universidades portuguesas, dado que como hemos visto ayudaría a tener una visión más ajustada hacia la hipnosis. Ciertamente una limitación importante es que al ser auto-informada, y no haber confirmación independiente de si las personas realmente han sido o no hipnotizadas, o el nivel real de conocimientos que tienen sobre la hipnosis los participantes, los resultados deben tomarse más como heurísticos que como definitivos. De ahí, que se deberían replicar en Portugal las investigaciones que se realizaron con la versión anterior de la EVACH-C para observar si la variación actual detecta cambios en las actitudes y creencias una vez se ha intervenido sobre ellas, tal como lo hizo la variación anterior (Capafons, Cabañas et al., 2005; Capafons, Selma et al., 2006), y la EVACH-T (Martín et al., 2010; Mendoza, Capafons, Espejo et al., 2009) lo que aportaría información valiosa para la validez de constructo de la escala.

Según los resultados de este estudio, se confirman las hipótesis planteadas a excepción de la última que se produce parcialmente. Por último y tal y como se predijo, la EVACH-C Revisada es un instrumento válido y fiable para evaluar las creencias y actitudes hacia la hipnosis, si bien el proceso de validación de una escala es una tarea sin fin, que

requiere de investigación continua, para saber en qué circunstancias hay que volver a modificarla, y perfeccionarla. Precisamente en esta investigación queda patente que todavía debe mejorarse la consistencia interna de algunos factores, y averiguar si realmente tiene validez predictiva, el menos, en el ámbito aplicado. Esta es otra de las limitaciones de este trabajo, que deberá abordarse en sucesivas investigaciones.

## **5. REFERENCIAS**





- Abelson, R. P. (1976). Script processing in attitude formation and decision-making. En J. S. Carroll, y J. W. Payne (Eds.), *Cognition and social behavior* (pp. 33-45). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Abrams, S. (1964). An evaluation of hypnosis in the treatment of alcoholics. *The American Journal of Psychiatry*, 120(12), 1160-1165. Recuperado de <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.120.12.1160>
- Adachi, T., Fujino, H., Nakae, A., Mashimo, T., y Sasaki, J. (2014). A meta-analysis of hypnosis for chronic pain problems: A comparison between hypnosis, Standard Care, and other psychological interventions. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 62(1), 1-28. doi:10.1080/00207144.2013.841471
- Ajzen, I. (1982). On behaving in accordance with one's attitudes. En M. P. Zanna, E. T. Higgins, y C. P. Herman (Eds.), *Consistency in Social Behavior: The Ontario symposium* (vol. 2, pp. 3-15), Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Ajzen, I. (1985). From intention to action: A theory of planned behavior. En J. Kuhl y J. Beckmann (Eds.), *Action control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). Heidelberg, Germany: Springer.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality, and behavior*. England: Open University Press.
- Ajzen, I. (1989). Attitude structure and behavior. En A. R. Pratkanis, S. J. Breckler, y A. G. Greenwald (Eds.), *Attitude structure and function* (pp. 241-274). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behaviour. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. doi:10.1016/0749-5978(91)90020-t
- Ajzen, I., y Fishbein, M. (1977). Attitude-behavior relations: a theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological Bulletin*, 84(5), 888-918. doi:10.1037/0033-2909.84.5.888

- Ajzen, I., y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Ajzen, I., y Madden, T. J. (1986). Prediction of goaldirected behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22(5), 453-474. doi:10.1016/0022-1031(86)90045-4
- Ajzen, I., Timko, C., y White J. B. (1982). Self monitoring and the attitude-behavior relation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42(3), 426-435. doi:10.1037/0022-3514.42.3.426
- Alarcon, A., y Capafons, A. (2006). El modelo de Valencia de hipnosis despierta: ¿técnicas nuevas o técnicas innovadoras? *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 70-78. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1338>
- Albarracín, D., Johnson, B., y Zanna, M. (2005). *The handbook of attitudes*. Mahwah, New Yersey, USA: Lawrence Erlbaum.
- Alladin A., y Alibhai A. (2007). Cognitive hypnotherapy for depression: An empirical investigation. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(2), 147-166. doi:10.1080/00207140601177897
- Allison, D. B., Fontaine, K. R., Heshka, S., Mentore, J. L., y Heymsfield, S. B. (2001). Alternative Treatments for Weight Loss: A Critical Review. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 41(1), 1–28. doi:10.1080/20014091091661
- Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- American Medical Association, Council on Scientific Affairs. (1995). Memories of childhood abuse (CSA Report 5-A-94). *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 43, 114-115. doi:10.1080/00207149508409955

- American Psychological Association, Division of Psychological Hypnosis. (1985). *A general definition of hypnosis and a stamen concerning its application and efficacy* [Report]. Washington, DC: Autor.
- American Psychological Association, Division of Psychological Hypnosis. (1993). *Hypnosis. Psychological Hypnosis*, 2, 3.
- American Psychological Association, Division 17 Committee on Women, Division 42 Trauma and Gender Issues Committee. (1995, 25 de Julio). *Psychotherapy guidelines for working with clients who may have and abuse or trauma history*. Washington, DC: Autor.
- American Psychological Association (Society of Psychological Hypnosis) (2004). División 30, new definition of hypnosis. *Psychological bulletin*, 13.
- Anbar, R. D., y Hummell, K. E. (2005). Teamwork approach to clinical hypnosis at a pediatric pulmonary center. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 48(1), 45-49. doi:10.1080/00029157.2005.10401489
- Arvey, R. D., Bouchard, T. J., Segal, N. L., y Abraham, L. M. (1989). Job satisfaction: Environmental and genetic components. *Journal of Applied Psychology*, 74, 187-192. doi:10.1037//0021-9010.74.2.187
- Asociación para el Avance de la Hipnosis Experimental y Aplicada (2015). Definiciones de hipnosis. Recuperado de <http://www.aahea.net/hipnosis/definiciones-de-hipnosis/>
- Attias, J., Shemesh, Z., Shoham, C., Shahar, A., y Sohmer, H. (1990). Efficacy of self-hypnosis for tinnitus relief. *Scandinavian Audiology*, 19(4), 245-249. doi:10.3109/01050399009070779
- Attias, J., Shemesh, Z., Sohmer, H. Gold, S., Shoham, C., y Faraggi D. (1993). A comparison between self-hypnosis, masking and attentiveness for alleviation of chronic tinnitus. *International Journal of Audiology*, 2(3), 205-212. doi:10.3109/00206099309072936

- Aviv, A. (2006). Tele-hypnosis in the treatment of adolescent school refusal. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 49(1), 31-40. doi:10.1080/00029157.2006.10401550
- Ayala-Corredor, C. (2010). La hipnosis como intervención para la cesación del consumo de tabaco. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39, 224-234. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80619869015>
- Baad-Hansen, L., Abrahamsen, R., Zachariae, R., List, T., y Svensson, P. (2013). Somatosensory sensitivity in patients with persistent idiopathic orofacial pain is associated with pain relief from hypnosis and relaxation. *The Clinical Journal of Pain*, 29(6), 518-526. doi:10.1097/ajp.0b013e318268e4e7
- Baglini, R., Sesana, M., Capuano, C., Gneccchi-Ruscione, T., Ugo, L., y Danzi, G. (2004). Effect of hypnotic sedation during percutaneous transluminal coronary angioplasty on myocardial ischemia and cardiac sympathetic drive. *American Journal of Cardiology*, 93 (8), 1035-1038. doi:10.1016/j.amjcard.2003.12.058
- Baker, J., Ainsworth, H., Torgerson, C., y Torgerson, D. (2009). A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials evaluating the effect of hypnosis on exam anxiety. *Effective Education*, 1(1), 27-41. doi:10.1080/19415530903043664
- Bakke, A. C., Purtzer, M. Z., y Newton, P. (2002). The effect of hypnotic-guided imagery on psychological well-being and immune function in patients with prior breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(6), 1131-1137. doi:10.1016/s0022-3999(02)00409-9
- Banerjee, S., Srivastav, A., y Palan, B. M. (1993). Hypnosis and self-hypnosis in the management of nocturnal enuresis: A comparative study with imipramine therapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 36(2), 113-119. doi:10.1080/00029157.1993.10403053

- Barabasz, A., Barabasz, M., Christensen, C., French, B., y Watkins, J. G. (2013). Efficacy of single-session abreactive ego state therapy for combat stress injury, PTSD, and ASD. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 61(1), 1-19. doi: 10.1080/00207144.2013.729377
- Barabasz, A., Higley, L., Christensen, C., y Barabasz, M. (2009). Efficacy of Hypnosis in the Treatment of Human Papillomavirus (HPV) in Women: Rural and Urban Samples. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58(1), 102-121. doi:10.1080/00207140903310899
- Barber, T. X. (1965). Measuring “hypnotic-like” suggestibility with and without “hypnotic induction”; psychometrics properties, norms and variables influencing response to the Barber Suggestibility Scale (BBS). *Psychological Reports*, 16(3), 809-844. doi:10.2466/pr0.1965.16.3.809
- Barber, T. X. (1969). *Hypnosis: A scientific approach*. Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- Barber, T. X. (1985). Hypnosuggestive procedures as catalysts for psychotherapies. En S. J. Lynn, y J. P. Garske (Eds.), *Contemporary psychotherapies: Models and methods* (333-375). Columbus, OH: Merrill. (Traducción, 1988, Bilbao: DDB).
- Barber, T. X., Spanos, N. P., y Chaves, J. F. (1974). *Hypnotism: Imagination and human potentialities*. Nueva York: Pergamon.
- Barber, T. X., y Wilson, S. C. (1978). The Barber suggestibility scale and the creative imagination scale: Experimental and clinical applications. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 21 (2-3), 84-108. doi:10.1080/00029157.1978.10403966
- Barling, N. R., y De Lucchi, D. A. G. (2004). Knowledge, attitudes, and beliefs about clinical hypnosis. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 32(1), 36-52. Recuperado de [http://www.hypnosisaustralia.org.au/wp-content/uploads/journal/AJCEH\\_Vol32\\_No1\\_MAY04.pdf](http://www.hypnosisaustralia.org.au/wp-content/uploads/journal/AJCEH_Vol32_No1_MAY04.pdf)

- Barnes, J., Dong, C. Y., McRobbie, H., Walker, N., Mehta, M., y Stead, L. F. (2010). Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, CD001008. doi:10.1002/14651858.CD001008.pub2
- Baron, R. A., y Byrne, D. (1998). *Psicología social* (8ª ed). Madrid: Prentice Hall Iberia.
- Bar-Tal, D. (1990). *Group beliefs*. New York: Springer-Verlag.
- Beck, A. T., Rusch, A., Shaw, B., y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Becoña, E., Cortés, M., Arias F., Barreiro, C., Berdullas, J., Iraurgi, I., ... Villanueva, V. J. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Belsky, J., y Khanna, P. (1994). The effects of self-hypnosis for children with cystic fibrosis: A pilot study. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 36(4), 282-292. doi:10.1080/00029157.1994.10403088
- Bem, D. J. (1965). An experimental analysis of self-persuasion. *Journal of Experimental Social Psychology*, 1(3), 199-218. doi:10.1016/0022-1031(65)90026-0
- Bem, D. J. (1972). Self-perception theory. En L. Berkowitz (ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (vol. 6). Nueva York: Academic Press.
- Bem, D. J., y Allen, A. (1974). On predicting some of the people some of the time: the search for cross-situational consistencies in behavior. *Psychological Review*, 81(6), 506-520. doi:10.1037/h0037130
- Bentler, P. M., y Speckart, G. (1979). Models of attitude-behavior relations. *Psychological Review*, 86 (5), 452-464. doi:10.1037/0033-295x.86.5.452
- Ben-Zvi, Z., Spohn, W. A., Young, S. H., y Kattan, M. (1982). Hypnosis for exercise-induced asthma. *The American Review of Respiratory Disease*, 125, 392-395.

- Bergin, A. E., y Gardfield, S. L. (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th. Edition). New York: Wiley.
- Bernheim, H. (1884). *De la sugestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille*. Paris: Doin.
- Bertrand, L. D. (1989). The assessment and modification of hypnotic susceptibility. En N. P. Spanos y J. F. Chaves (Eds.), *Hynosis: The cognitive-behavioral perspective* (pp. 18-31). Nueva York: Prometheus Books.
- Billig, M. (1984). Racismo, prejuicios y discriminación. En S. Moscovici (Ed.), *Psicología Social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. Barcelona: Paidós.
- Birnie, K. A., Noel, M., Parker, J. A., Chambers, C. T., Uman, L. S., Kisely, S. R., y McGrath, P. J. (2014). Systematic review and meta-analysis of distraction and hypnosis for needle-related pain and distress in children and adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 39(8), 783-808. doi:10.1093/jpepsy/jsu029
- Bohner, G., y Wänke, M. (2002). *Attitudes and attitudes change*. Hove, UK: Psychology Press.
- Bolocofsky, D. N., Spinler, D., y Coulthard-Morris, L. (1985). Effectiveness of hypnosis as an adjunct to behavioural weight management. *Journal of Clinical Psychology*, 41(1), 35-41. doi: 10.1002/1097-4679(198501)41:1<35::AID-JCLP2270410107>3.0.CO;2-Z
- Boninger, D. S., Krosnick, J. A., y Berent, M. K. (1995). Origins of attitude importance: Self-interest, social identification, and value relevance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(1), 61–80. doi:10.1037/0022-3514.68.1.61
- Bornstein, R. F. (1989). Exposure and affect: Overview and meta-analysis of research, 1968-1987. *Psychological Bulletin*, 106(2), 265–289. doi:10.1037/0033-2909.106.2.265



- Bowers, K. S. (1976). *Hypnosis for seriously curious*. Monterey, CA.: Brooks-Cole.
- Bowers, K. S. (1992). Imagination and dissociation in hypnotic responding. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 40(4), 253-275. doi:10.1080/00207149208409661
- Braid, J. (1843). *Neurypnology; or the rationale of nervous sleep, considered in relation to animal magnetism*. Londres: J. Churchill.
- Brann, L., y Guzvica, S. (1987). Comparison of hypnosis with conventional relaxation for antenatal and intrapartum use: A feasibility study in general practice. *Journal of Royal College of General Practitioners*, 37(303), 437-440. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1711054/>
- Briñol, P., Horcajo, J., Valle, C., y De Miguel, J. (2007). Cambio de actitudes. En J. F. Morales, C. Huici, M. Moya y E. Gaviria (Eds.), *Psicología Social* (3ª ed.) (pp. 491-516). Madrid: McGraw-Hill.
- Briñol, P., Sierra, B., Becerra, A., Falces, C., y Froufe, M. (2000). La eficacia relativa de la mera exposición y el condicionamiento clásico en la formación de preferencias. *Psicothema*, 12(4), 586-593. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/376.pdf>
- British Psychological Society (2001). The nature of hypnosis. Leicester, RU): British Psychological Society. Sociedad Británica de Psicología (2002), *la naturaleza de la hipnosis*. Valencia: Promolibro.
- Brom, D., Kleber, R. J., y Defare, P. B. (1989). Brief psychotherapy for post-traumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(5), 607-612. doi:10.1037/0022-006X.57.5.607
- Brown, D. (2007). Evidence-Based hypnotherapy for asthma: A critical review. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(2), 220-249. doi:10.1080/00207140601177947

- Brown, D., y Hammond, D. C. (2007). Evidence-Based clinical hypnosis for obstetrics, labor and deliver, and preterm labor. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55 (3), 355-371. doi:10.1080/00207140701338654
- Bryant, R. A., Felmingham, K. L., Kemp, A. H., Barton, M., Peduto, A. S., Rennie, C., ... Williams, L. M. (2005). Neural networks of information processing in posttraumatic stress disorder: A functional magnetic resonance imaging study. *Biological Psychiatry*, 58(2), 111-118. doi:10.1016/j.biopsych.2005.03.021
- Butler, L. D., Symons, B. K., Henderson, S. L., Shortliffe, L. D., y Spiegel, D. (2005). Hypnosis reduces distress and duration of an invasive medical procedure for children. *Pediatrics*, 115, 77-85. Recuperado de <http://pediatrics.aappublications.org/content/115/1/e77.full.pdf+html?sid=fb14c227-349e-43b6-8c47-6fe2108c0210>
- Byom, T. K. (2009). A comparison of the effectiveness of three group treatments for weight loss. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 71(3-B), 2070.
- Byrne, B. M. (2006). *Structural equation modeling with EQS: Basic concepts, applications and programming* (2ª edición). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Calder, B. J., y Ross, M. (1976). Attitudes: Theories and issues. En J. W. Thibaut, J. T. Spence, y R. C. Carlson (Eds.), *Contemporary Topics in Social Psychology*, Morristown, NJ: General Learning Press.
- Canadian Psychiatric Association. (1996). Position statement: Adult recovered memories of childhood sexual abuse. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41(5), 305-306. Recuperado de <https://ww1.cpa-apc.org/Publications/Archives/PDF/1996/June/POSITION.PDF>

- Cangas, A., y Rojas, A. J. (1999). Análisis y valoración del cuestionario de creencias hipnóticas: Repercusiones clínicas y sociales. *Revista electrónica de Metodología Aplicada*, 4(1), 9-18. Recuperado de <http://www.uniovi.es/reunido/index.php/Rema/article/view/9741/9487>
- Capafons, A. (1998a). Hipnosis clínica: Una visión cognitivo-comportamental. *Papeles del Psicólogo*, 69, 71-88. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=779>
- Capafons, A. (1998b). Rapid self-hypnosis: A suggestion method for self-control. *Psicothema*, 10(3), 571-581.
- Capafons, A. (1999). La hipnosis despierta setenta y cuatro años después. *Anales de Psicología*, 15, 77-78. Recuperado de <http://revistas.um.es/analesps/article/view/31121>
- Capafons, A. (2001). *Hipnosis*. Madrid: Síntesis.
- Capafons, A. (2004). Clinical applications of “waking” hypnosis from a cognitive-behavioural perspective: From efficacy to efficiency. *Contemporary Hypnosis*, 21(4), 187-201. doi:10.1002/ch.306
- Capafons, A. (2009). Diez años después de “hipnosis clínica: una visión cognitivo comportamental”. En C. M. Lopes Pires y E. Santos (Eds.), *Hipnose clínica: Fundamentos e aplicações em psicologia e saúde* (pp. 49-57). Viseu (Portugal): Psicossoma.
- Capafons, A. (2012). *Hipnosis. Segunda edición ampliada y revisada*. Madrid: Síntesis.
- Capafons, A., Alarcón, A., Cabañas, S., y Espejo, B. (2003). Análisis factorial exploratorio y propiedades psicométricas del cuestionario de creencias y actitudes hacia la hipnosis-cliente. *Psicothema*, 15, 143-147. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/1036.pdf>

- Capafons, A., Cabañas, S., Alarcón, A., Espejo, B., Mendoza, M. E., Chaves, J. F., y Monje, A. (2005). Effects of different types of preparatory information on attitudes toward hypnosis. *Contemporary Hypnosis*, 22 (2), 67-76. doi:10.1002/ch.25
- Capafons, A., Cabañas, S., Espejo, B., y Cardeña, E. (2004). Confirmatory factor analysis of the Valencia scale on attitudes and beliefs toward hypnosis: an international study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 52(4), 413-433. doi:10.1080/00207140490888432
- Capafons, A., Espejo, B., y Cabañas, S. (2005). Creencias que pueden impedir que la hipnosis sea una técnica útil para la salud: un estudio exploratorio con muestra cubana. *Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 2. Recuperado de [http://www.psiquiatricohph.sld.cu/revista/porta\\_l\\_revhph.htm](http://www.psiquiatricohph.sld.cu/revista/porta_l_revhph.htm)
- Capafons, A., Espejo, B., y Mendoza, M. E. (2008). Confirmatory factor analysis of the Valencia scale on attitudes and beliefs toward hypnosis, therapist versión. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 56(3), 281-294. doi:10.1080/00207140802039748
- Capafons, A., Lamas, J. R., y Lopes-Pires, C. (2008). Hipnosis. En F. J. Labrador (Ed.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 593-614). Madrid: Pirámide.
- Capafons, A., y Mazzoni, G. (2005). ¿Es lo peligroso de la hipnosis el hipnoterapeuta?: hipnosis y falsos recuerdos. *Papeles del Psicólogo*, 89, 27-38. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1183>
- Capafons, A., y Mendoza, M. E. (2009). The Valencia model of waking hypnosis and its clinical applications. En G. D. Koester y P. R. Delisle (Eds.), *Hypnosis: Theories, research and applications* (pp. 237-270). Nueva York: Nova Science, Publishers, Inc.

- Capafons, A., y Mendoza, M. E. (2010a). Evidencia empírica sobre la hipnosis clínica: un resumen actualizado. *Cuadernos de Valoración*, 10, 33-50. Recuperado de <http://bscw.rediris.es/pub/bscw.cgi/d3345905/Cuadernos%20de%20Valoracion,%20Tomo%20VII,%20A%C3%B1o%202010,%20n%C2%BA%2010.pdf>
- Capafons, A., y Mendoza, M. E. (2010b). "Waking" hypnosis in clinical practice. In J. W. Rhue, S. J. Lynn, and I. Kirsch, *Handbook of Clinical Hypnosis Second Edition* (pp. 293-317). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Capafons, A., Mendoza, M. E., Espejo, B., Green, J. P., Lopes-Pires, C., Selma, M. L., ... Carvalho, C. (2008). Attitudes and beliefs about hipnosis: A multicultural study. *Contemporary Hypnosis*, 25, 141-155. doi: 10.1002/ch.359.
- Capafons, A., Morales, C., Espejo, B., y Cabañas, S. (2006). Análisis factorial exploratorio y propiedades psicométricas de la escala de Valencia de actitudes y creencias hacia la hipnosis, versión terapeuta. *Psicothema*, 18(4), 810-815. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3313.pdf>
- Capafons, A., Selma, M. L., Cabañas, S., Espejo, B., Alarcón, A., Mendoza, M. E., y Nitkin-Kaner, Y. (2006). Change of attitudes toward hypnosis: effects of cognitive-behavioral and trance explanations in a setting of heterohypnosis. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 34, 119-134. Recuperado de [http://www.hypnosisaustralia.org.au/wp-content/uploads/journal/AJCEH\\_Vol34\\_No2\\_NOV06.pdf](http://www.hypnosisaustralia.org.au/wp-content/uploads/journal/AJCEH_Vol34_No2_NOV06.pdf)
- Capafons, A., Suárez-Rodríguez, J., y Selma, M. (2015). Análisis factorial confirmatorio de la escala Valencia de actitudes y creencias hacia la hipnosis (versión cliente revisada), en una muestra española. *Anales de Psicología*, 31(1), 84-95. doi: 10.6018/analesps.31.1.171391

- Cardaña, E. (2000). Hypnosis in the treatment of trauma: A promising, but not fully supported, efficacious intervention. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48(2), 225-238. doi:10.1080/00207140008410049
- Cardaña, E., Maldonado, J., Van Der Hart, O., y Spiegel, D. (2008). Hypnosis. En E. Foa, T. Keane, y M. Friedman (Eds.), *Effective treatments for PTSD* (pp. 427-457). New York: Guilford.
- Carmody, T. P., Duncan, C., Simon, J. A., Solkowitz, S., Huggins, J., Lee, S., y Deluchi, K. (2008). Hypnosis for smoking cessation: A randomized trial. *Nicotine and Tobacco Research*, 10(5), 811-818. doi: 10.1080/14622200802023833
- Carvalho, C., Capafons, A., Kirsch, I., Espejo, B., Mazzoni, G., y Leal, I. (2007). Factorial analysis and psychometric properties of the revised Valencia Scale of Attitudes and Beliefs towards hypnosis-Client Version. *Contemporary Hypnosis*, 24 (2), 76-85. doi:10.1002/ch.332
- Carvalho, C., Mazzoni, G., y Kirsch, I. (2014). The effect of posthypnotic suggestion and task difficulty on adherence to health-related requests. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 1(1), 92-102. doi:10.1037/cns0000006
- Castel, A. D., Balota, D. A., y McCabe, D. P. (2009). Memory efficiency and the strategic control of attention at encoding: Impairments of value-directed remembering in Alzheimer's disease. *Neuropsychology*, 23(3), 297-306. doi:10.1037/a0014888
- Castel, A., Cascón, R., Padrol, A., Sala, J., y Rull, M. (2012) Multicomponent cognitive-behavioral group therapy with hypnosis for the treatment of fibromyalgia: Long-Term outcome. *The Journal of Pain*, 13(3), 255-265. doi:10.1016/j.jpain.2011.11.005
- Castel, A., Pérez, M., Sala, J., Padrol, A., y Rull, M. (2007). Effect of hypnotic suggestion on fibromyalgic pain: comparison between hypnosis and relaxation. *European Journal of Pain*. 11(4), 463-468. doi:10.1016/j.ejpain.2006.06.006

- Cautela, J. R. (1975). The use of covert conditioning in hypnotherapy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 23(1), 15-27. doi:10.1080/00207147508416170
- Chambless, D. L., y Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7-18. doi:10.1037/0022-006X.66.1.7
- Chan, I. S. F. (2012). Hypnosis in the treatment of conversion disorder after trauma. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 40(1), 21-33. Recuperado de [http://www.hypnosisaustralia.org.au/wp-content/uploads/AJCEH\\_Vol40\\_No1\\_Nov2012.pdf](http://www.hypnosisaustralia.org.au/wp-content/uploads/AJCEH_Vol40_No1_Nov2012.pdf)
- Channon, L. D. (1984). Some preconceptions about hypnosis among preclinical medical students: A brief communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 32(4), 356-361. doi:10.1080/00207148408416026
- Chaves, J. F. (1997). Hypnosis in dentistry: Historical overview and critical appraisal. *Hypnosis International Monographs*, 3, 5-23.
- Chaves, J. F. (1999). Applying hypnosis in pain management: Implications of alternative theoretical perspectives. En I. Kirsch, A. Capafons, E. Cardeña y S. Amigó (Eds.), *Clinical hypnosis and self-regulation* (pp. 227-247). Washington DC: American Psychological Association.
- Chaves, J. F. (julio, 2004). *Hypnosis in the healthcare setting: hopes, beliefs and experience*. Comunicación presentada en la 112th American Psychological Association Annual Convention, Honolulu, Hawaii. Recuperado de <http://www.apa.org/monitor/jun04/highlights.html>
- Cheek, D. B., y Lecron, L. M. (1968). *Clinical hypnotherapy*. Nueva York: Grune and Stratton.

- Clark, G. T., Lanham, F., y Flack, V. F. (1988). Treatment outcome results for consecutive TMJ patients. *Journal of Craniomandibular Disorders: Facial and Oral Pain* 2(2), 87-95.
- Coe, W. C., y Sarbin, T. R. (1991). Role theory: Hipnosis from a dramaturgical and narrational perspective. En S. J. Lynn y J. W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis. Current models and perspectives* (pp.303-323). Nueva York: The Guilford Press.
- Cohen, J. (1977). Statistical power analysis for behavioral sciences. New York: Academic Press.
- Coldrey, J. C., y Cyna, A. M. (2004). Suggestion, hypnosis and hypnotherapy: A survey of use, knowledge and attitudes of anaesthetists. *Anaesthesia and Intensive Care*, 32(5), 676-680. Recuperado de [http://s3-ap-southeast-2.amazonaws.com/jigsydney/general/PDF/10721~hdl\\_7937.pdf](http://s3-ap-southeast-2.amazonaws.com/jigsydney/general/PDF/10721~hdl_7937.pdf)
- Cooper, J. B., y Pollock, D. (1959). The identification of prejudicial attitudes by the galvanic skin response. *The Journal of Social Psychology*, 50(2), 241-245. doi:10.1080/00224545.1959.9921998
- Council, J. R. (2005). Personalidad, psicopatología y sugestionabilidad hipnótica. *Papeles del Psicólogo*, 89(25), 16-26. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?ID=1182>
- Court, J. H., y Court, P. C. (2001). Repression: R. I. P. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 29(1), 8-16. Recuperado de [http://www.hypnosisaustralia.org.au/wp-content/uploads/journal/AJCEH\\_Vol29\\_No1\\_MAY01.pdf](http://www.hypnosisaustralia.org.au/wp-content/uploads/journal/AJCEH_Vol29_No1_MAY01.pdf)
- Crasilneck, H. B., y Hall, J. A. (1985). *Clinical hypnosis: Principles and applications* (2ª ed.). Nueva York: Grune and Strantton.



- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–334. doi:10.1007/bf02310555
- Cyna, A. M., McAuliffe, G. L., y Andrew, M. I. (2004). Hypnosis for pain relief in labour and childbirth: a systematic review. *British Journal of Anaesthesia*, 93(4), 505-511. doi:10.1093/bja/ae225
- Daglish, M. R. C., y Wright, P. (1991). Opinions about hypnosis among medical and psychology students. *Contemporary Hypnosis*, 8(1), 51-55.
- DeBono, K. G., y Snyder, M. (1995). Acting on one's attitudes: The role of a history of choosing situations. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21(6), 629-636. doi:10.1177/0146167295216009
- De Groh, M. (1989). Correlates of hypnotic susceptibility. En N. P. Spanos y J. F. Chaves (Eds.), *Hypnosis: The cognitive-behavioral perspective* (pp. 32-63). New York, NY: Prometheus Books.
- Dengrove, E. (1973). The uses of hypnosis in behavior therapy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 21(1), 13-17. doi:10.1080/00207147308409300
- Denney, D. R. (1983). Relaxation and stress management training. En C.E. Walker (Ed.), *The handbook of clinical psychology: Theory, research and practice* (pp. 967-1008). Homewood, Illinois: Dow Jones-Irwing.
- Devine, P. G. (1989). Automatic and controlled processes in prejudice: The role of stereotypes and personal beliefs. En A. R. Pratkanis, S. J. Breckler y A. G. Greenwald (Eds.), *Attitude structure and function* (pp. 181-212). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Recuperado de <http://www.ucm.es/BUCM/checkip.php?/docview/617676067?accountid=14514>

- Dillworth, T., Jensen, M. P., Mendoza, M. E., y Capafons, A. (2010). Mechanisms and outcomes of hypnosis for chronic pain: A review of the literature. *Cuadernos de Valoración*, 10, 13-31. Recuperado de [http://hc.rediris.es/pub/bscw.cgi/d4420039/Dillworth-Mechanisms\\_outcomes\\_hypnosis\\_chronic\\_pain.pdf](http://hc.rediris.es/pub/bscw.cgi/d4420039/Dillworth-Mechanisms_outcomes_hypnosis_chronic_pain.pdf)
- Dillworth, T., Mendoza, M. E., y Jensen, M. P. (2011). Neurophysiology of pain and hypnosis for chronic pain. *Translational Behavioral Medicine*, 2(1), 65-72. doi:10.07/s13422-011-0084-5.
- Diment, A. D. (1991). Uses of hypnosis in diabetes-related stress management counselling. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 19 (2), 97-101. Recuperado de <http://www.hypnosisaustralia.org.au/wp-content/uploads/AJCEH-Vol-19-No2a.pdf>
- Dinges, D. F., Whitehouse, W. G., Orne, E. C., Powell, J. W., Orne, M. T., y Erdelyi, M. H. (1992). Evaluating hypnotic memory enhancement (hypermnnesia and reminiscence) using multitrial forced recall. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition*, 18(5), 1139-1147. doi:10.1037/0278-7393.18.5.1139
- Dixon, M., y Laurence, J. (1992). Two hundred years of hypnosis research: questions resolved? Questions unanswered! En E. Fromm y M. Nash (Eds.), *Contemporary hypnosis research* (pp. 34-66). Nueva York: Guilford Press.
- Dobbin, A., Maxwell, M., y Elton, R. (2009). A benchmarked feasibility study of a self-hypnosis treatment for depression in primary care. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 57(3), 293-318. doi:10.1080/00207140902881221
- Dorfman, D., George, M. C., Schnur, J., Simpson, D. M., Davidson, G., y Montgomery, G. (2013). Hypnosis for treatment of HIV neuropathic pain: A preliminary report. *Pain Medicine*, 14(7), 1048-1056. doi:10.1111/pme.12074

- Dubrow-Eichel, S. K. (2002). Credentialing: It May Not Be the Cat's Meow. Recuperado de [www.dreichel.com/articles/dr\\_zoe.htm#Zoe\\_aba](http://www.dreichel.com/articles/dr_zoe.htm#Zoe_aba). Traducido por el Grupo de Trabajo de Hipnosis Psicológica del Colegio Oficial de Psicólogos de la Comunidad Valenciana Acreditación: Puede no ser el maullido del gato. Recuperado de <http://www.grupohipnosiscopcv.es/wordpress/informacion-para-usuarios/profesionales-no-cualificados/el-doctor-zoe/acreditacion-puede-no-ser-el-maullido-del-gato/>
- Dufresne, A., Rainville, P., Dodin, S., Barré, P., Masse, B. E., Verreault, R., y Marc, I. (2009). Hypnotizability and opinions about hypnosis in a clinical trial for the hypnotic control of pain and anxiety during pregnancy termination. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58(1), 82-101. doi:10.1080/00207140903310865
- Dundas, I., Hagtvet, K. A., Wormnes, B., y Hauge, H. (2013). Does self-hypnosis add to the effectiveness of a cognitive-behavioral intervention against test anxiety? *Nordic Psychology*, 65(3), 224-241. doi:10.1080/19012276.2013.824203
- Dworkin, S. F. (1997). Behavioral and educational modalities. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontology*, 83(1), 128-133. doi:10.1016/s1079-2104(97)90103-7
- Eagly, A. H., y Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. San Diego, CA: Harcourt Brace Jovanovich.
- Eagly, A. H., y Chaiken, S. (1998). Attitude structure and function. En D. T. Gilbert, S. T. Fiske y G. Lindzey (Eds), *The Handbook of Social Psychology* (4ª ed., Vol. 1, pp. 269-322). New York: McGraw-Hill.

- Eagly, A. H., y Chaiken, S. (2005). Attitude research in the 21st century: The current state of knowledge. En D. Albarracín, B. T. Johnson, y M. P. Zanna (Eds.), *The handbook of attitudes* (pp. 743-767). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Eaves, L. J., Eysenck, H. J., y Martín, N. G. (1989). *Genes, culture and personality: An empirical approach*. Londres: Academic Press.
- Echterling, L. G., y Whalen, J. (1995). Stage hypnosis and public lecture effects on attitudes and beliefs regarding hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 38(1), 13-21. doi:10.1080/00029157.1995.10403173
- Edmonston, W.E., Jr. (1981). *Hypnosis and Relaxation. Modern verification of an old equation*. New York: Wiley & Sons.
- Edwards, G. (1966). Hypnosis in treatment of alcohol addiction: Controlled trial, with analysis of factors affecting outcome. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*. 27(2), 221-241.
- Edwards, S. D., y Van Der Spuy, H. I. (1985). Hypnotherapy as a treatment for enuresis. *Journal of Child Clinical Psychology and Psychiatry*, 26(1), 161-170. doi:10.1111/j.1469-7610.1985.tb01635.x
- Eimer, B. N., y Freeman, A. (1998). *Pain management psychotherapy: a practical guide*. Nueva York: John Wiley & Sons.
- Eitner, S., Bittner, C. Wichmann, M., Nickenig, H. J., y Sokol, B. (2010). Comparison of conventional therapies for dentin hypersensitivity versus medical hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58(4), 457-475. doi:10.1080/00207144.2010.499350

- Eitner, S., Sokol, B., Wichmann, M., Bauer, J., y Engels, D. (2011). Clinical use of a novel audio pillow with recorded hypnotherapy instructions and music for anxiolysis during dental implant surgery: A prospective study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 59(2), 180-197. doi:10.1080/00207144.2011.546196
- Eitner, S., Wichmann, M., Schultze-Mosgau, S., Schlegel, A., Leher, A., Heckmann, J., ... Holst, S. (2006). Neurophysiologic and long-term effects of clinical hypnosis in oral and maxillofacial treatment: A comparative interdisciplinary clinical study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54(4), 457-479. doi: 10.1080/00207140600856897
- Elkins, G., Jensen, M. P., y Patterson, D. R. (2007). Hypnotherapy for the management of chronic pain. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(3), 275-287. doi:10.1080/00207140701338621
- Elkins, G., Marcus, J., Bates, J., Rajab, M. H., y Cook, T. (2006). Intensive hypnotherapy for smoking cessation: A prospective study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54(3), 303-315. doi:10.1080/00207140600689512
- Elkins, G., y Rajab, M. H. (2004). Clinical hypnosis for smoking cessation: preliminary results of a three-session intervention. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 52(1), 73-81. doi:10.1076/iceh.52.1.73.23921
- Ellis, A. (1986). Anxiety about anxiety: The use of hypnosis with Rational-Emotive therapy. En E. T. Dowd, y J. M. Healy (Eds.). *Case studies in hypnotherapy*. New York: Guilford Press.
- Enea, V., Dafinoiu, I., Opriș, D., y David, D. (2014). Effects of hypnotic analgesia and Virtual reality on the reduction of experimental pain among high and low hypnotizables. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 62(3), 360-377. doi:10.1080/00207144.2014.901087

- Eng, Y. H., y Cyna, A. M. (2006). A comparison of midwives knowledge of, and attitudes to, hypnosis in hospitals with and without a hypnotherapy service. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 34(1), 17-26. Recuperado de [http://www.hypnosisaustralia.org.au/wp-content/uploads/journal/AJCEH\\_Vol34\\_No1\\_MAY06.pdf](http://www.hypnosisaustralia.org.au/wp-content/uploads/journal/AJCEH_Vol34_No1_MAY06.pdf)
- Entwistle, P. A., Webb, R. J., Abayomi, J. C., Johnson, B., Sparkes, A. C., y Davies, I. G. (2014). Unconscious agendas in the etiology of refractory obesity and the role of hypnosis in their identification and resolution: A new paradigm for weight-management programs or a paradigm revisited? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 62(3), 330-359. doi:10.1080/00207144.2014.901085
- Erickson, M. H. (1980). Hypnosis: A general review. En E. L. Rossi (Ed.), *The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis* (Vol. 3, pp. 13-20). Nueva York: Irvington. (Trabajo original publicado en 1941).
- Ewer, T. C., y Stewart, D. E. (1986). Improvement in bronchial hyper-responsiveness in patients with moderate asthma after treatment with a hypnotic technique: A randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 293, 1129-1132. doi:10.1136/bmj.293.6555.1129
- Ewin, D. M. (1992). Hypnotherapy for warts (Verruca Vulgaris): 41 consecutive cases with 33 cures. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 35(1), 1-10. doi:10.1080/00029157.1992.10402977
- Fabian, T. K. (1995). Hypnosis in dentistry. Comparative evaluation of 45 cases of hypnosis. *Fogorvosi szemle*, 88, 111-115.
- Facco, E., Manani, G., y Zanette, G. (2012). The relevance of hypnosis and behavioral techniques in dentistry. *Contemporary Hypnosis and Integrative Therapy*, 29(4), 332-351.

- Faymonville, M. E., Meurisse, M., y Fissette, J. (1999). Hypnosedation: A valuable alternative to traditional anaesthetic techniques. *Acta Chirurgica Belgica*, 99, 141-146.
- Fazio, R. H. (1986). How do attitudes guide behavior? En R. Sorrentino, y E. T. Higgins (Eds.), *Handbook of motivation and cognition: Foundations of social behavior* (pp. 204-243). Nueva York: Guilford Press.
- Fazio, R. H. (1989). On the power and functionality of attitudes: The role of attitude accessibility. En A. R. Pratkanis, S. J. Breckler, y A. G. Greenwald (Eds.), *Attitude structure and function* (pp. 153-179). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Fazio, R. H. (1990). Multiple processes by which attitudes guide behavior: The Mode Model as an integrative framework. En M. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology*, 23 (pp. 75-109). New York: Academic Press. doi:10.1016/s0065-2601(08)60318-4
- Fazio, R. H., Jackson, J. R., Dunton, B. C., y Williams, C. J. (1995). Variability in automatic activation as an unobtrusive measure of racial attitudes: A bona fide pipeline?. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(6), 1013-1027. doi:10.1037/0022-3514.69.6.1013
- Fazio, R. H., Sanbonmatsu, D. M., Powell, M. C., y Kardes, F. R. (1986). On the automatic activation of attitudes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(2), 229-238. doi:10.1037/0022-3514.50.2.229
- Fazio, R. H., y Williams, C. J. (1986). Attitude accessibility as a moderator of the attitude-perception and attitude-behavior relations: An investigation of the 1984 presidential election. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(3), 505-514. doi:10.1037/0022-3514.51.3.505

- Fazio, R. H., y Zanna, M. P. (1981). Direct experience and attitude-behavior consistency. En L. Berkowitz (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (vol. 14), Nueva York: Academic Press.
- Fazio, R. H., Zanna, M. P., y Cooper, J. (1977). Dissonance and self-perception: an integrative view of each theory's proper domain of application. *Journal of Experimental Social Psychology*, 13(5), 464-479. doi:10.1016/0022-1031(77)90031-2
- Fernández-Méndez, J. C., Pérez-Vidal, J. A., y Fernández-Méndez, B. (2000). Hipnosis clínica en un caso de enfermedad inflamatoria intestinal. *Clínica y Salud*, 11(1) 59-79. Recuperado de: <http://www.copmadrid.org/webcopm/resource.do?recurso=4000/&numero=20001>
- 11
- Ferrando, M., Galdón, M. J., Durá, E., Andreu, Y., Jimenez, J., y Poveda, R. (2012). Enhancing the efficacy of treatment for temporomandibular patients with muscular diagnosis through cognitive-behavioral intervention, including hypnosis: a randomized study. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*, 113(1), 81-89. doi:10.1016/j.tripleo.2011.08.020
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Festinger, L. (1964). *Conflict, decision, and dissonance*. Stanford: CA: Stanford University Press.
- Festinger, L., y Carlsmith, J. M. (1959). Cognitive consequences of forced compliance. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 58(2), 203-210. doi:10.1037/h0041593
- Fishbein, M. (1963). An investigation of the relationships between beliefs about an object and the attitudes toward that object. *Human Relations*, 16(3), 233-239. doi:10.1177/001872676301600302



- Fishbein, M. (1967). A behavior theory approach to the relations between beliefs about an object and the attitude toward the object. En M. Fishbein (ed.), *Readings in Attitude Theory and Measurement* (pp.477-492). Nueva York: Wiley.
- Fishbein, M., y Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behaviour: An introduction to theory and research*. Reading, MA (Massachusetts): Addison Wesley.
- Fishbein, M., y Coombs, F. S. (1974). Basis for decision: An attitudinal analysis of votingbehavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 4(2), 95-124. doi:10.1111/j.1559-1816.1974.tb00662.x
- Fiske, S. T., y Linville, P. W. (1980). What does the schema concept buy us? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 6(4), 543-557. doi:10.1177/014616728064006
- Flammer E., y Alladin A. (2007) The efficacy of hypnotherapy in the treatment of psychosomatic disorders: meta-analytical evidence. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(3), 251-274. doi:10.1080/00207140701338696
- Frauman, D. C., Lynn, S. J., y Brentar, J. P. (2000). Prevention and therapeutic management of “Negative effects” in hypnotherapy. En J. W. Rhue, S. J. Lynn, y I. Kirsch (Eds.), *Handbook of Clinical Hypnosis*. (pp. 95-120). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Freeman, R. M., MacCauley, A. J., Eve, L., Chamberlain, G. V. P., y Bhat, A. V. (1986). Randomized trial of self-hypnosis for analgesia in labour. *British Medical Journal*, 292, 657-658. doi:10.1136/bmj.292.6521.657
- Fromm, E. (1992). An ego-psychological theory of hypnosis. En E. Fromm, y M. Nash (Eds.), *Contemporary hypnosis research* (pp. 131-148). Nueva York: Guilford Press.
- Galper, D. I., Taylor, A. G., y Cox, D. J. (2003). Current status of mind-body interventions for vascular complications of diabetes. *Family and Community Health*, 26(1), 34-40. doi:10.1097/00003727-200301000-00005

- Gay, M. C. (2007). Effectiveness of hypnosis in reducing mild essential hypertension: a one year follow-up. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(1), 67-83. doi:10.1080/00207140600995893
- Gfeller, J. D., y Gorassini, D. R. (2010). Enhancing hypnotizability and treatment response. En S. J. Lynn, J.W. Rhue, y I. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (2<sup>a</sup> ed.) (pp. 339-355). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Gil-Delgado, I., González-Ordi, H., y Capilla-Ramírez, P. (2012). Eficacia de la hipnosis en el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 2(4), 1-29. Recuperado de <http://www.psicociencias.com/revista/boletines/Eficacia%20de%20la%20hipnosis%20en%20el%20tratamiento%20de%20trastornos%20por%20consumo%20de%20sustancias.pdf>
- Giordano, N., Tikhonoff, V., Tosello, M. T., Lapenta, A. M., y Casiglia, E. (2012). An experimental approach to hypnotic age regression: Controlled study over 10 healthy participants. *Contemporary Hypnosis and Integrative Therapy*, 29(3), 271-283. Recuperado de <http://www.bscah.com/resources/journal-ch-it/journal-articles>
- Gold, J. I., Kant, A. J., Belmont, K. A., y Butler, L. D. (2007). Practitioner Review: Clinical applications of pediatric hypnosis. *Journal of Clinical Psychology and Psychiatry*, 48(8), 744-754. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01759.x
- Golden, W. L. (2012). Cognitive hypnotherapy for anxiety disorders. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 54(4), 263-274. doi:10.1080/00029157.2011.650333
- Gollwitzer, P. M., y Sheeran, P. (2006). Implementation intentions and goal achievement: A meta-analysis of effects and processes. *Advances in Experimental Social Psychology*, 38, 69-119. doi:10.1016/s0065-2601(06)38002-1

- Gonsalkorale, W. M. (2006). Gut-directed hypnotherapy: the Manchester approach for treatment of irritable bowel syndrome. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54(1), 27-50. doi:10.1080/00207140500323030
- Gonsalkorale W. M., Houghton, L. A., y Whorwell, P. J. (2002). Hypnotherapy in irritable bowel syndrome: A large-scale audit of a clinical service with examination of factors influencing responsiveness. *The American Journal of Gastroenterology*, 97(4), 954-961. doi:10.1111/j.1572-0241.2002.05615.x
- Gonsalkorale, W. M., y Whorwell, P. J. (2005). Hypnotherapy in the treatment of irritable bowel syndrome. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 17(1), 15-20. doi:10.1097/00042737-200501000-00004
- González-Felipe, M. A. (1988). *Imagen social, determinantes sociodemográficos, personales y no personales de la donación de órganos: punto de partida para la solución de un problema comunitario* (Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España).
- González-Felipe, M. A., Sanchez-Cifuentes, M. J., Tonda, E., Gonzalez-Bravo, P., y Cid, J. (1990). Estereotipos hacia los ancianos: los ancianos vistos por otros grupos de edad. *Geriatrka: Revista Iberoamericana de Geriatria y Gerontología*, 6(4), 204-209.
- González-Ordí, H., y Miguel-Tobal, J. J. (1993). Aplicaciones de las técnicas de hipnosis en el ámbito de la modificación cognitivo-conductual. *Informació Psicológica*, 53, 41-51.
- González-Ordí, H., y Miguel-Tobal, J. J. (1999). Características de la sugestionabilidad y su relación con otras variables psicológicas. *Anales de Psicología*, 15(1), 57-75. Recuperado de [http://www.um.es/analesps/v15/v15\\_1pdf/07h01hct.pdf](http://www.um.es/analesps/v15/v15_1pdf/07h01hct.pdf)

- Gordon, D., Heimberg, R. G., Tellez, M., y Ismail, A. I. (2013). A critical review of approaches to the treatment of dental anxiety in adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(4), 365-378. doi:10.1016/j.janxdis.2013.04.002
- Gow, K. M., Mackie, C., Clohessy, D., Cowling, T., Maloney, R., y Chant, D. (2006). Attitudes and opinions about hypnosis in an Australian city. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 34(2), 162-186. Recuperado de [http://www.hypnosisaustralia.org.au/wp-content/uploads/journal/AJCEH\\_Vol34\\_No2\\_NOV06.pdf](http://www.hypnosisaustralia.org.au/wp-content/uploads/journal/AJCEH_Vol34_No2_NOV06.pdf)
- Green, J. P. (1996). Cognitive-behavioral hypnotherapy for smoking cessation: a case study in a group setting. En S. J. Lynn, I. Kirsch, y J. W. Rhue (Eds.), *Casebook of Clinical Hypnosis*, (pp.223-248). Washington, D.C.: American Psychological Association. doi: 10.1037/11090-011
- Green, J. P. (2003). Beliefs about hypnosis: Popular beliefs, misconceptions, and the importance of experience. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51(4), 369-381. doi:10.1076/iceh.51.4.369.16408
- Green, J. P. (2012). The Valencia scale of attitudes and beliefs toward hypnosis-client version and hypnotizability. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 60(2), 229-240. doi:10.1080/00207144.2012.648073
- Green, J. P., Houts, C. R., y Capafons, A. (2012). Attitudes about hypnosis: Factor analyzing the VSABTH-C with an American Sample. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 54(3), 167-178. doi:10.1080/00029157.2011.616823
- Green, J. P., y Lynn, S. J. (2000). Hypnosis and suggestion-based approaches to smoking cessation: An examination of the evidence. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48(2), 195-224. doi:10.1080/00207140008410048

- Green, J. P., y Lynn, S. J. (2011). Hypnotic responsiveness: Expectancy, attitudes, fantasy proneness, absorption, and gender. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 59(1), 103-121. doi:10.1080/00207144.2011.522914
- Green, J. P., Lynn, S. J., y Montgomery, G. H. (2008). Gender-related differences in hypnosis-based treatments for smoking: A follow-up meta-analysis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 50(3), 259–271. doi:10.1080/00029157.2008.10401628
- Green, J. P., Lynn, S. J., Weekes, J. R., Carlson, B. W., Brentar, J., Latham, L., y Kurtzhals, R. (1990). Literalism as a marker of hypnotic “trance”: Disconfirming evidence. *Journal of Abnormal Psychology*, 99(1), 16-21. doi:10.1037/0021-843x.99.1.16
- Green, J. P., Page, R. A., Rasekhy, R., Johnson, L. K., y Bernhardt, S. E. (2006). Cultural views and attitudes about hypnosis: A survey of college students across four countries. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54(3), 263-280. doi:10.1080/00207140600689439
- Greenspoon, J. (1951). *The effect of verbal and nonverbal stimuli in the frequency of members of two verbal responses classes* (Tesis doctoral no publicada, Universidad de Indiana, Indiana, USA).
- Grupo de Trabajo de Hipnosis Psicológica del Colegio Oficial de Psicólogos de la Comunidad Valenciana. Definiciones de hipnosis. Recuperado de <http://www.grupohipnosiscopev.es/wordpress/recursos-para-profesionales/definiciones-de-hipnosis/>
- Gwynn, M. I., y Mohan, M. (2006). *Survey of hypnosis professionals concerning clients' beliefs and misconceptions about hypnosis: Initial findings*. Manuscrito sin publicar, Wilfrid Laurier University, Waterloo, Ontario, Canada.
- Hackman, R. M., Stern, J. S., y Gershwin, M. E. (2000). Hypnosis and asthma: A critical review. *Journal of Asthma*, 37, 1-15. doi:10.3109/02770900009055424

- Hair, J., Black, W., Babin, B., y Anderson, R. (2010). *Multivariate data analysis* (7ª edición). Upper Saddle River, NJ, USA: Prentice-Hall, Inc.
- Hammond, D. C. (2007). Review of the efficacy of clinical hypnosis with headaches and migraines. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(2), 207-219. doi:10.1080/00207140601177921
- Harding, J., Kutner, B., Proshansky, H., y Chein, I. (1954). Prejudice and ethnic relations. En G. Lindzey (Ed.), *Handbook of social psychology*, Vol. 2 (pp. 1021-1061) Cambridge, MA: Addison-Wesley.
- Harding, J., Proshansky, H., Kutner, B., y Chein, I. (1969). Prejudice and ethnic relations. En G. Lindzey y E. Aronson (Eds.), *Handbook of social psychology* (2ª ed.), Vol. 5 (pp. 1-76). Reading, MA: Addison-Wesley.
- Hasan, F. M., Zagarins, S. E., Pischke, K. M., Saiyed, S., Bettencourt, A. M., Beal, L., ... McCleary, N. (2014). Hypnotherapy is more effective than nicotine replacement therapy for smoking cessation: Results of a randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine*, 22(1), 1-8. doi:10.1016/j.ctim.2013.12.012
- Hawkins, R., y Bartsch, J. (2000). The effects of an educational lecture about hypnosis. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 28(1), 82-99. Recuperado de [http://www.hypnosisaustralia.org.au/wp-content/uploads/journal/AJCEH\\_Vol28\\_No1\\_MAY00.pdf](http://www.hypnosisaustralia.org.au/wp-content/uploads/journal/AJCEH_Vol28_No1_MAY00.pdf)
- Haynes, S. N., Godoy, A., y Gavino, A. (2011). *Cómo elegir el mejor tratamiento psicológico. Formulación de casos clínicos en terapia del comportamiento*. Madrid: Pirámide.
- Heap, M. (1996). The case of a woman claiming damages from a therapist trained in hypnosis by a correspondence course. *Contemporary Hypnosis*, 13(2), 89-93. doi:10.1002/ch.54

- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York: John Wiley & Sons.
- Hely, J. M., Jamieson, G. A., y Dunstan, D. (2011). Smoking cessation: A combined cognitive behavioural therapy and hypnotherapy self-help treatment protocol. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 39(2), 196-227. Recuperada de [http://www.hypnosisaustralia.org.au/wp-content/uploads/AJCEH\\_Vol39\\_No2\\_Nov2011.pdf](http://www.hypnosisaustralia.org.au/wp-content/uploads/AJCEH_Vol39_No2_Nov2011.pdf)
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Hilgard, E. R. (1965). *Hypnotic susceptibility*. Nueva York: Harcourt, Brace and World.
- Hilgard, E. R. (1969). Altered states of awareness. *Journal of nervous and Mental Disease*, 149(1), 68-79. doi:10.1097/00005053-196907000-00010
- Hilgard, E. R. (1973). The domain of hypnosis: With some comments on alternate paradigms. *American Psychologist*, 28(11), 972-982. doi:10.1037/h0035452
- Hilgard, E. R. (1977). *Divided consciousness: Multiple controls in human thought and action*. Nueva York: Wiley-Interscience.
- Hilgard, E. R. (1979). Divided consciousness in hypnosis: The implications of the hidden observer. En E. Fromm y R.E. Shor (Eds.), *Hypnosis: Developments in research and new perspectives* (2ª ed.) (pp. 45-79). Chicago: Aldine.
- Hilgard, E. R. (1981). Hypnotic susceptibility scales under attack: An examination of Weitzenhoffer's criticisms. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 29, 24-41. doi:10.1080/00207148108409141.
- Hilgard, E. R. (1986). *Divided consciousness: Multiple controls in human thought and action* (expanded ed.). Nueva York: Wiley.

- Hilgard, E. R. (1987). *Psychology in America: A historical survey*. San Diego: Harcourt Brace International
- Journal of Clinical and Experimental Hypnosis (2000). *The status of hypnosis as an empirically validated clinical intervention [monográfico]* 48, 2.
- Hilgard, E. R. (1991). A neodissociation interpretation of hypnosis. En S. J. Lynn y J. W. Rhue (Eds). *Theories of hypnosis: Current models and perspectives* (pp. 83-104). New York: The Guilford Press.
- Hilton, J. L., y von Hippel, W. (1996). Stereotypes. *Annual Review of Psychology*, 47(1), 237-271. doi:10.1146/annurev.psych.47.1.237
- Holmes, D. S. (1990). The evidence for repression: An examination of sixty years of research. En J. L. Singer (Ed.), *Repression and dissociation: Implications for personality theory, psychotherapy, and health* (pp. 85-102). Chicago: University of Chicago Press.
- Hollingworth, I. (2012). Knowledge and attitudes of pregnant women regarding hypnosis. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 40(1), 43-50. Recuperado de [http://www.hypnosisaustralia.org.au/wp-content/uploads/AJCEH\\_Vol40\\_No1\\_Nov2012.pdf](http://www.hypnosisaustralia.org.au/wp-content/uploads/AJCEH_Vol40_No1_Nov2012.pdf)
- Horley, R. (2013). The use of hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioural therapy in the treatment of post-traumatic stress disorder in a patient previously resistant to other modes of therapy. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 40(2), 123-131. Recuperado de [http://www.hypnosisaustralia.org.au/wp-content/uploads/9845\\_AJCEH\\_2013\\_FINAL.pdf](http://www.hypnosisaustralia.org.au/wp-content/uploads/9845_AJCEH_2013_FINAL.pdf)
- Houston D. A., y Fazio R. H (1989). Biased processing as a function of attitude accessibility: Making objective judgments subjectively. *Social Cognition*, 7(1), 51-66. doi:10.1521/soco.1989.7.1.51



- Huet, A., Lucas-Polomeni, M. M., Robert, J. C., Sixou, J. L., y Wodey, E. (2011). Hypnosis and dental anesthesia in children: A prospective controlled study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 59(4), 424-440. doi:10.1080/00207144.2011.594740
- Huth, M. M., Broome, M. E., y Good, M. (2004). Imagery reduces children's post-operative pain. *Pain*, 110(1), 439-448. doi:10.1016/j.pain.2004.04.028
- International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis (2000). *The status of hypnosis as an empirically validated clinical intervention [monográfico]* 48, 2.
- Jaccard, J. J., y Davidson, A. R. (1972). Toward an understanding of family planning behaviors: an initial investigation. *Journal of Applied Social Psychology*, 2(3), 228-235. doi:10.1111/j.1559-1816.1972.tb01274.x
- Jacknow, D. S., Tschann, J. M., Link, M. P., y Boyce, W. T. (1994). Hypnosis in the prevention of chemotherapy-related nausea and vomiting in children: A prospective study. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 15(4), 258-264. doi:10.1097/00004703-199408000-00007
- Jackson, C. (2009). Cat registered as hypnotherapist. BBC News. Recuperado de [http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk\\_news/england/8303126.stm](http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk_news/england/8303126.stm)
- James, W. (1890). *Principles of psychology* (Vols. 1-2) Nueva York: Holt, Rinehart and Winston.
- Jenkins, M. W., y Pritchard, M. H. (1993). Hypnosis: Practical applications and theoretical considerations in normal labour. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 100(3), 221-226. doi:10.1111/j.1471-0528.1993.tb15234.x
- Jensen, M. P. (2009). Hypnosis for chronic pain management: a new hope. *Pain*, 146(3), 235-237. doi:10.1016/j.pain.2009.06.027

- Jensen, M. P. (2011). *Hypnosis for chronic pain management. Workbook*. New York. Oxford University Press.
- Jensen, M. P., Gralow, J. R., Braden, A., Gertz, K. J., Fann, J. R., y Syrjala, K. L. (2012). Hypnosis for symptom management in women with breast cancer: A pilot study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 60(2), 135-159. doi:10.1080/00207144.2012.648057
- Jensen, M. P., McArthur, K. D., Barber, J., Hanley, M. A., Engel, J. M., Romano, J. M. ..., Patterson, D. R. (2006). Satisfaction with, and the beneficial side effect of, hypnotic analgesia. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 54(4), 432-447. doi: 10.1080/00207140600856798
- Jensen, M. P., y Patterson, D. R. (2006). Hypnotic treatment of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(1), 95-124. doi:10.1007/s10865-005-9031-6
- Johnson, M. E., y Hauck, C. (1999). Beliefs and opinions about hypnosis held by the general public: A systematic evaluation. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 42(1), 10-20. doi:10.1080/00029157.1999.10404241
- Johnson, L. S., Johnson, D. L., Olson, M. R., y Newman, J. P. (1981). The uses of hypnotherapy with learning-disabled children. *Journal of Clinical Psychology*, 37(2), 291-299. doi:10.1002/1097-4679(198104)37:2<291::aid-jclp2270370211>3.0.co;2-d
- Jöreskog, K. G., Sörbom, D., Du Toit, S., y Du Toit, M. (1999). LISREL 8: New statistical features. Chicago, IL: Scientific Software International, Inc.
- Judd, C. M., y Kulik, J. A. (1980). Schematic effects of social attitudes on information processing and recall. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38(4), 569-578. doi:10.1037/0022-3514.38.4.569

- Kaiser, P. (2011). Childhood anxiety, worry, and fear: Individualizing hypnosis goals and suggestions for self-regulation. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 54(1), 16-31. doi:10.1080/00029157.2011.575965
- Karlin, R. (2007). Hypnosis in the management of pain and stress: Mechanisms findings and procedures. En P. Lehrer y R. Woolfolk (Eds.), *Principles and practice of stress management* (3ª ed.) (pp. 125-150). Nueva York: Guilford.
- Karlin, R. A., y Mckee, P. (1976). The use of hypnosis in multimodal therapy. En A. A. Lazarus (Ed.). *Multimodal behavior therapy*. New York: Springer Publishing.
- Katz, D. (1960). The functional approach to the study of attitudes. *Public Opinion Quarterly*, 24(2), 163-204. doi:10.1086/266945
- Keller, L. M., Bouchard, T. J., Arvey, R. D., Segal, N. L., y Dawes, R. N. (1992). Work values: Genetic and environmental influences. *Journal of Applied Psychology*, 77(1), 79-88. doi:10.1037/0021-9010.77.1.79
- Keller, R. F. (1996). Hypnosis belief survey. *Psychological Hypnosis*, 5(1), 8-9. doi:10.1037/e300322004-006
- Kerlinger, F. N., y Lee, H. B. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en Ciencias Sociales*. México: McGraw-Hill.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Marucha, P. T., Atkinson, C., y Glaser, R. (2001). Hypnosis as a modulator of cellular immune dysregulation during acute stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(4), 674-682. doi:10.1037/0022-006x.69.4.674
- Kiesler, C. A., Collins, B., y Miller, N. (1969). *Attitude change: A critical analysis of theoretical approaches*. Nueva York: Wiley.
- Kihlstrom, J. F. (1985). Hypnosis. *Annual Review of Psychology*, 36(1), 385-418. doi:10.1146/annurev.psych.36.1.385

- Kihlstrom, J. F. (1998). Hypnosis and the psychological unconscious. En H. J. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of Mental Health, Vol. 2*, (pp. 467-477). San Diego: Academic Press.
- Kihlstrom, J. F. (agosto, 2007). What hypnosis does for experimental psychology. Comunicación presentada en David Spiegel (Chair): "What hypnosis does for Psychology" en 115<sup>th</sup> Convention of the American Psychological Association, San Francisco (USA). Recuperado de <http://socrates.berkeley.edu/~kihlstrm/APAHypnosis07.htm>.
- Kirsch, I. (1990). *Changing expectations: A key to effective psychotherapy*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Kirsch, I. (1991). The social learning theory of hypnosis. En S. J. Lynn y J. W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis. Current models and perspectives* (pp.439-466). Nueva York: The Guilford Press.
- Kirsch, I. (1992). The state of the altered state debate. *Contemporary Hypnosis*, 9(1), 1-6.
- Kirsch, I. (1993). Professional opinions about hypnosis: Results of the APA Division 30 survey. *Psychological Hypnosis*, 3, 4-5.
- Kirsch, I. (1994). Clinical hypnosis as a non deceptive placebo: Empirically derived techniques. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 37(2), 95-106. doi:10.1080/00029157.1994.10403122
- Kirsch, I. (1999). Clinical hypnosis as a nondeceptive placebo. En I. Kirsch, A. Capafons, E. Cardeña y S. Amigó (Eds.), *Clinical Hypnosis and self-regulation: Cognitive-behavioral perspectives* (pp. 211-225). Washington, DC: American Psychological Association.

- Kirsch, I., Capafons, A., Cardeña, E., y Amigó, S. (Eds.). (1999). *Clinical hypnosis and self-regulation: Cognitive-behavioral perspectives*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Kirsch, I., Cardeña, E., Derbyshire, S., Dienes Z., Heap, M., Kallio, S., ... Whalley, M. (2011). Definitions of hypnosis and hypnotizability: A consensus statement. *Contemporary Hypnosis and Integrative Therapy*, 28(2), 107-115. Recuperado de [http://www.lifesci.sussex.ac.uk/home/Zoltan\\_Dienes/Kirsch%20et%20al%202011%20definitions.pdf](http://www.lifesci.sussex.ac.uk/home/Zoltan_Dienes/Kirsch%20et%20al%202011%20definitions.pdf)
- Kirsch, I., y Council, J. R. (1989). Response expectancy as a determinant of hypnotic behavior. En N. P. Spanos y J. F. Chaves (Eds.), *Hypnosis: The cognitive-behavioral perspective* (pp. 360-379). Buffalo, NY: Prometheus Press.
- Kirsch, I., y Council, J. R. (1992). Situational and personality correlates of hypnotic responsiveness. En E. Fromm y M. R. Nash (Eds.), *Contemporary hypnosis research* (pp. 267-291). Nueva York: The Guildford Press.
- Kirsch, I., y Low, C. B. (2013). Suggestion in the treatment of depression. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 55(3), 221-229. doi:10.1080/00029157.2012.738613
- Kirsch, I., y Lynn, S. J. (1995). The altered state of hypnosis: Changes in the theoretical landscape. *American Psychologist*, 50(10), 846-858. doi:10.1037/0003-066x.50.10.846
- Kirsch, I., Mobayed, C. P., Council, J. R., y Kenny, D. A. (1992). Expert judgments of hypnosis from subjective state reports. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(4), 657-662. doi:10.1037/0021-843x.101.4.657
- Kirsch, I., Montgomery, G., y Sapirstein, G. (1995). Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy. A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(2), 214-220. doi:10.1037/0022-006x.63.2.214

- Kirsch, I., Silva, C. E., Comey, G., y Reed, S. (1995). A spectral analysis of cognitive and personality variables in hypnosis: Empirical disconfirmation of the two factor model of hypnotic responding. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(1), 167-175. doi:10.1037/0022-3514.69.1.167
- Kline, R. B. (2005). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (2ª edición). New York: The Guilford Press.
- Kohen, D. P. (2010). Long-term follow-up of self-hypnosis training for recurrent headaches: What the children say. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58(4), 417-432. doi:10.1080/00207144.2010.499342
- Kohen, D. P., y Olness, K. (2011). *Hypnosis and hypnotherapy with children* (4ª ed.). New York, NY: Routledge Publications.
- Koizumi, S. (2001). Investigation into university students' views towards the notion of "hypnosis". *Japanese Journal of Hypnosis*, 46, 40-46.
- Kraft, D. (2012). Successful treatment of heavy smoker in one hour using split screen imagery, aversion, and suggestions to eliminate cravings. *Contemporary Hypnosis and Integrative Therapy*, 29(2), 175-188. Recuperado de <http://www.londonhypnotherapyuk.com/publications/smoking-paper-published-version.pdf>
- Kraus, S. J. (1995). Attitudes and the prediction of behavior: A meta-analysis of the empirical literature. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21(1), 58 –75 doi:10.1177/0146167295211007
- Kroger, W. S. (1978). Similarities and dissimilarities between hypnosis and behavior therapy. *Hypnosis at Its Bicentennial*, 197-205. doi:10.1007/978-1-4613-2859-9\_19

- Kroger, W. S. (1988). Hypnotherapy and behavior modification. En G. D. Burrows y L. Dennerstein (Eds.). *Handbook of hypnosis and psychosomatic medicine*. Amsterdam: Elsevier/North-Holland Biomedical Press.
- Kroger, W. S., y Fezler, W. D. (1976). *Hypnosis and behavior modification: Imaginary conditioning*. Philadelphia: Lippincot.
- Krosnick, J. A., Boninger, D. S., Chuang, Y. C., Berent, M. K., y Carnot, C. G. (1993). Attitude strength: One construct or many related constructs?. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(6), 1132–1151. doi:10.1037/0022-3514.65.6.1132
- Kuttner, L. (2012). Pediatric hypnosis: Pre-, peri-, and post-anesthesia. *Pediatric Anesthesia*, 22(6), 573-577. doi:10.1111/j.1460-9592.2012.03860.x
- Kuttner, L., Bowman, M., y Teasdale, M. (1988). Psychological treatment of distress, pain, and anxiety for young children with cancer. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 9(6), 374-381. doi:10.1097/00004703-198812000-00010
- Lamas, J. (marzo, 2007). *Una década de estudios de neuroimagen*. Conferencia impartida en el Ciclo de Conferencias, Hipnose: Factos e Mitos, organizado por el Centro de Psicopedagogía, Universidad de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Lang, E. V., Benotsch, E. G., Fick, L. J., Lutgendorf, S., Berbaum, M. L., Berbaum, K. S., ... Spiegel, D. (2000). Adjunctive nonpharmacological analgesia for invasive medical procedures: A randomised trial. *The Lancet*, 355, 1486-1490. doi:10.1016/s0140-6736(00)02162-0
- Lang, E. V., Berbaum, K. S., Faintuch, S., Hatsiopoulou, O., Halsey, N., Li, X., Berbaum, M. L., ... Baum, J. (2006). Adjunctive self-hypnotic relaxation for outpatient medical procedures: A prospective randomized trial with women undergoing large core breast biopsy. *Pain*, 126(1), 155–164. doi:10.1016/j.pain.2006.06.035

- Lang, E. V., Joyce, J. S., Spiegel, D., Hamilton, D., y Lee, K. K. (1996). Self-hypnotic relaxation during interventional radiological procedure: Effects on pain perception and intravenous drug use. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 44(2), 106-119. doi:10.1080/00207149608416074
- Lang, E. V., y Rosen, M. (2002). Cost analysis of adjunct hypnosis with sedation during outpatient interventional radiologic procedures. *Radiology*, 222(2), 375-382. doi:10.1148/radiol.2222010528
- Large, R. G., y James, F. R. (1991). Public expectations of hypnosis. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 19(2), 103-106. Recuperado de <http://www.hypnosisaustralia.org.au/wp-content/uploads/AJCEH-Vol-19-No2a.pdf>
- Larra, F. J., Valero, L., y Abascal, J. (2003). Hipermnesia bajo condiciones de vigilia e hipnosis. *Clínica y Salud*, 14(2), 203-220. Recuperado de <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinica/84285.pdf>
- LaViolette, F., y Silvert, K. H. (1951). A theory of stereotypes. *Social Forces*, 29(3), 257-262. doi:10.2307/2572414
- Lazarus, A. A. (1973). "Hypnosis" as a facilitator in behavior therapy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 21(1), 25-31. doi:10.1080/00207147308409302
- Lazarus, A. A., y Karlin, R. A. (1978). Hypnosis in the Context of Behavior Therapy. *Hypnosis at Its Bicentennial*, 207-219. doi:10.1007/978-1-4613-2859-9\_20
- Leigh, R., MacQueen, G., Tougas, G., Hargreave, F. E., y Bienenstock, J. (2003). Change in forced expiratory volume in 1 second after sham bronchoconstrictor in suggestible but not suggestion resistant asthmatic subjects: A pilot study. *Psychosomatic Medicine*, 65, 791-795. doi:10.1097/01.PSY.0000079454.48714.1B



- Levitas, E., Parmet, A., Lunenfeld, E., Bentov, Y., Burstein, E., Friger, M., y Potashnik, G. (2006). Impact of hypnosis during embryo transfer on the outcome of in vitro fertilization-embryo transfer: A case-control study. *Fertility and Sterility*, 85(5), 1404–1408. doi:10.1016/j.fertnstert.2005.10.035
- Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 140. New York: The Science Press. Recuperado de [http://www.voteview.com/Likert\\_1932.pdf](http://www.voteview.com/Likert_1932.pdf)
- Liossi, C., White, P., y Hatira, P. (2006). Randomized clinical trial of local anesthetic versus a combination of local anesthetic with self-hypnosis in the management of pediatric procedure-related pain. *Health Psychology*, 25(3), 307-315. doi:10.1037/0278-6133.25.3.307
- Lippmann, W. (1956). Public Opinion. New York: McMillan. (Edición original de 1922). (Traducción en castellano: Lippmann, W. (1964). La opinión pública. Buenos Aires: Compañía General Fabril Editora).
- Lloret, D., Montesinos, R., y Capafons, A. (2014). Waking self-hypnosis efficacy in cognitive-behavioral treatment for pathological gambling. An effectiveness clinical assay. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 62(1), 50-69. doi:10.1080/00207144.2013.841474
- Lobe, T. E. (2006). Perioperative hypnosis reduces hospitalization in patients undergoing the Nuss procedure for pectus excavatum. *Journal of laparoendoscopic and advanced surgical techniques*, 16(6), 639-642. doi:10.1089/lap.2006.16.639
- Lopes-Pires, C., Mendoza, M<sup>a</sup> E., y Capafons, A., (2009). Application of waking hypnosis to difficult cases and emergencies. En G.D. Koester & P.R. Delisle (Eds.), *Hypnosis: Theories, research and applications* (pp. 99-130). Nueva York: Nova Science, Publishers, Inc.

- Lorenzo-Ruíz, L., y González-Ordi, H. (2014). El empleo de la hipnosis en el manejo y alivio del dolor durante el parto: revisión de la literatura. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 4(2), 1-18. Recuperado de <http://www.psicociencias.com/revista/boletines/Hipnosis%20dolor%20parto.pdf>
- Lyles, J. N., Burish, T. G., Krozely, M. G., y Oldham, R. K. (1982). Efficacy of relaxation training and guided imagery in reducing the aversiveness of cancer chemotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(4), 509-524. doi:10.1037/0022-006x.50.4.509
- Lynn, S. J., Green, J. P., Jaquith, L., y Gasior, D. (2003). Hypnosis and performance standards. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51, 51-65. doi:10.1076/iceh.51.1.51.14062
- Lynn, S. J., Green, J. P., Kirsch, I., Capafons, A., Lilienfeld, S. O., Laurence, J-R., y Montgomery, G. H. (2015). Grounding hypnosis in science: The “new” APA Division 30 definition of hypnosis as a step backwards. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 57 (4), 390-401. doi: 10.1080/00029157.2015.1011472
- Lynn, S. J., y Kirsch, I. (2005). Teorías de hipnosis. *Papeles del Psicólogo*, 89, 9-15. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1181>
- Lynn, S. J., y Kirsch, I. (2006). *Essentials of clinical hypnosis. An evidence-based approach*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Lynn, S. J., Kirsch, I., Barabasz, A., Cardeña, E., y Patterson, D. (2000). Hypnosis as an empirically supported clinical intervention: The state of the evidence and a look to the future. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48(2), 239-259. doi:10.1080/00207140008410050

- Lynn, S. J., Kirsch, I., y Rhue, J. W. (2010). An introduction to clinical hypnosis. En S. J. Lynn, J. W. Rhue, y I. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (2ª ed.) (pp. 3-18). Washington, D.C: American Psychological Association.
- Lynn, S. J., Martin, D., y Frauman, D. C. (1996). Does hypnosis pose special risks for negative effects? A master class commentary. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 44(1), 7-19. doi:10.1080/00207149608416064
- Lynn, S. J., Neufeld, V., Rhue, J. W., y Matorin, A. (1993). Hypnosis and smoking cessation: A cognitive-behavioral treatment. En J. W. Rhue, S. J. Lynn y I. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (pp. 555-586). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lynn, S. J., y Rhue, J. W. (1991a). Theories of hypnosis: An introduction. En S. J. Lynn y J. W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis. Current models and perspectives* (pp. 1-15). Nueva York: The Guilford Press.
- Lynn, S. J., y Rhue, J. W. (1991b). Hypnosis theories: Themes, variations, and research directions. En S. J. Lynn y J. W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis. Current models and perspectives* (pp. 601-626). Nueva York: The Guilford Press.
- Lynn, S. J., Vanderhoff, H., Shindler, K., y Stafford, J. (2002). Defining hypnosis as a trance vs. cooperation: Hypnotic inductions, suggestibility, and performance standards. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 44(3-4), 231-240. doi:10.1080/00029157.2002.10403483
- Mackey, E. F. (2010). Effects of hypnosis as an adjunct to intravenous sedation for third molar extraction: A randomized, blind, controlled study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58(1), 21-38. doi:10.1080/00207140903310782

- MacKillop, J., Lynn, S. J., y Meyer, E. (2004). The impact of stage hypnosis on audience members and participants. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 52(3), 313-329. doi:10.1080/0020714049052353
- Martín, M. (2011). *La hipnosis en el alivio y tratamiento del dolor*. Valencia: Promolibro.
- Martín, M., Capafons, A., Espejo, B., Mendoza, M. E., Guerra, M., Enríquez Santos, J. A., ... Castilla, C. D. S. (2010). Impact of a lecture about empirical bases of hypnosis on beliefs and attitudes toward hypnosis among Cuban health professionals. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58(4), 476-496. doi:10.1080/00207144.2010.499351.
- Martin, N. G., Eaves, L. J., Heath, A. R., Jardine, R., Feingold, L. M., y Eysenck, H. J. (1986). Transmission of social attitudes. *Proceedings of the National Academy of Science*, 83(12), 4364-4368. doi:10.1073/pnas.83.12.4364
- Martínez, C., Castell, A., Capafons, A., Sala, J., Espejo, B., y Cardeña, E. (2008). Hypnotic treatment synergizes the psychological treatment of fibromyalgia: a single case design. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 50(4), 311-321. doi:10.1080/00029157.2008.10404298
- Martínez-Veiga, U. (2001). *El Ejido, discriminación, exclusión social y racismo*. Madrid: Asociación Los Libros de la Catarata.
- Maudoux, A., Bonnet, S., Lhonneux-Ledoux, F., y Lefebvre, P. (2007). Ericksonian hypnosis in tinnitus therapy. *B-ENT*, 3, 75-77.
- Mazzoni, G., Heap, M., Scoboria, A. (2010). Hypnosis and memory. En J. W. Rhue, S. J. Lynn, I. Kirsch (Eds). *Handbook of clinical hypnosis* (2ª ed.) (pp. 709-742). Washington DC, American Psychological Association Press.

- Mazzoni, G., Laurence, J.-R., y Heap, M. (2014). Hypnosis and memory: Two hundred years of adventures and still going!. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 1(2), 153–167. doi:10.1037/cns0000016
- Mazzoni, G., Venneri, A., McGeown, W. J., y Kirsch, I. (2013). Neuroimaging resolution of the altered state hypothesis. *Cortex*, 49(2), 400–410. doi:10.1016/j.cortex.2012.08.005
- McCann, B. S., y Landes, S. J. (2010). Hypnosis in the treatment of depression: considerations in research design and methods. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58(2), 147-164. doi:10.1080/00207140903523186.
- McConkey, K. M. (1986). Opinions about hypnosis and self-hypnosis before and after hypnotic testing. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 34(4), 311-319. doi:10.1080/00207148608406996
- McConkey, K. M. (1991). The construction and resolution of experience and behavior in hypnosis. En S. J. Lynn y J. W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis. Current models and perspectives* (pp. 542-563). Nueva York: The Guilford Press.
- McConkey, K. M., y Jupp, J. J. (1986). A survey of opinions about hypnosis. *British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis*, 3(2), 87-93.
- McGuire, W. J. (1964). Inducing resistance to persuasion. En L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 1, pp. 191-229). Nueva York: Academic Press.
- McGuire, W. J. (1969). The nature of attitudes and attitude change. En G. Lindzey y E. Aronson (Eds.), *The Handbook of Social Psychology*, (2ª ed., vol. 3, pp. 136-314). Reading, Massachusetts: Addison-Wesley.

- McGuire, W. J. (1985) Attitudes and attitude change. En G. Lindzey y E. Aronson (Eds.), *The handbook of social psychology* (3ª ed., Vol. 2, pp. 233-346). Nueva York: Random House.
- McIntosh, I. B., y Hawney, M. (1983). Patients attitudes to hypnotherapy in a general medical practice: A brief communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 31(4), 219-223. doi:10.1080/00207148308406614
- Mellinger, D. I. (2010). Hypnosis and the treatment of anxiety disorders. En S. J. Lynn, J. W. Rhue, y I. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (2ª edición) (pp. 359-389). Washington, D.C: American Psychological Association.
- Mendoza, M. E. (2000). La hipnosis como adjunto en el tratamiento del hábito de fumar: Estudio de caso. *Psicothema*, 12(3), 330-338. Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=339>
- Mendoza, M. E. (2008). *Análisis de las creencias y actitudes hacia la hipnosis de los psicólogos profesionales españoles afiliados al COP* (Tesis doctoral no publicada, Universitat de València, Valencia, España).
- Mendoza, M. E. (diciembre, 2013). Efficacy of Hypnosis for Pain Management. *The International Society of Hypnosis Newsletter*, 37(4), 18-21. Recuperado el 10 de noviembre de 2014 de [http://ishhypnosis.org/images/newsletters/ISH\\_NL\\_December\\_2013\\_v8\\_1-3\\_14a.pdf](http://ishhypnosis.org/images/newsletters/ISH_NL_December_2013_v8_1-3_14a.pdf)
- Mendoza, M. E., y Capafons, A. (2009). Eficacia de la hipnosis clínica: resumen de su evidencia empírica. *Papeles del Psicólogo*, 30(2), 98-116. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1699.pdf>
- Mendoza, M. E., Capafons, A., Espejo, B., y Montalvo, D. (2009). Beliefs and attitudes toward hypnosis of Spanish psychologists. *Psicothema*, 21(3), 465-470. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3655.pdf>

- Mendoza, M. E., Capafons, A., y Flores, D. (2009). Instrumentos psicométricos para la evaluación de las creencias y actitudes hacia la hipnosis. En C. M. Lopes Pires y E. Santos (Eds.), *Hipnose clínica: Fundamentos e aplicações em psicologia e saúde* (pp. 59-75). Viseu (Portugal): Psicossoma.
- Meyerson, J. (2014). The myth of hypnosis: The need for remythification. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 62(3), 378-393. doi:10.1080/00207144.2014.901090
- Meyerson, J., Gelkopf, M., Golan, G., y Sahamrov, E. (2013). What motivates to professionals to learn and use hypnosis in clinical practice? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 61(1), 71-80. doi:10.1080/00207144.2013.729437
- Miller, M. M. (1959). Treatment of chronic alcoholism by hypnotic aversion. *Journal of the American Medical Association*, 171(11), 1492-1495. doi:10.1001/jama.1959.03010290050012
- Miller, M. M. (1976). Hypnoaversion treatment in alcoholism, nicotineism and weight control. *Journal of the National Medical Association*, 68(2), 129-130. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2609497/?page=1>
- Miller, S. J., Schnur, J. B., Montgomery, G. H., y Jandorf, L. (2011). African americans' and latinos' perception of using hypnosis to alleviate distress before a colonoscopy. *Contemporary Hypnosis and Integrative Therapy*, 28(3), 196-203.
- Milling, L. S. (2012). The Spanos attitudes toward hypnosis questionnaire: Psychometric characteristics and normative data. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 54(3), 202-212. doi:10.1080/00029157.2011.631229

- Milling, L. S., y Costantino, C. A. (2000). Clinical hypnosis with children: First steps toward empirical support. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48(2), 113-137. doi:10.1080/002071400008410044
- Mills, A., y Lynn, S.J. (2000). Past-life experiences. En E. Cardeña, S.J. Lynn, & S. Krippner (Eds.), *Varieties of Anomalous Experience: Examining the Scientific Evidence*. (pp. 283-313). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Mito (1996). *Gran diccionario de la lengua española* (pp.1126). Barcelona: Larousse Planeta, S.A.
- Mito (1997). *Gran enciclopedia Larousse* (Vol. 15, pp. 7363). Barcelona: Planeta, S.A.
- Molina, J. A. (2000). Estereotipos hacia los ancianos: Estudio comparativo de las variables sexo y edad. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 53(3), 489-501. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2357072>
- Molina, J. A. (2001). La hipnosis en la terapia cognitivo-conductual: aplicaciones en el campo de las adicciones. *Adicciones*, 13(1), 31-38. Recuperado de <http://www.adicciones.es/files/31-38%20Original.pdf>
- Molina, J. A., y Caballero, S. (1999). Estereotipos hacia los fumadores. Estudio de distintas variables en una muestra de adolescentes. *Revista Española de Drogodependencias*, 24(3), 265-283.
- Molina, J. A., y González-Ordi, H. (2001). El empleo de las técnicas de sugestión como coadyuvantes de los programas multicomponentes en el tratamiento del tabaquismo: Estudio de caso único. *Clínica y Salud*, 12(1), 121-139. Recuperado de <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinica/66028.pdf>
- Molina, J. A., y Mendoza, M. E. (2006). Change of attitudes towards hypnosis after a training course. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 34(2), 146-161.



- Recuperado de [http://www.hypnosisaustralia.org.au/wp-content/uploads/journal/AJCEH\\_Vol34\\_No2\\_NOV06.pdf](http://www.hypnosisaustralia.org.au/wp-content/uploads/journal/AJCEH_Vol34_No2_NOV06.pdf)
- Montgomery, G. H., Bovbjerg, D. H., Schnur, J. B., David, D., Goldfarb, A., Weltz, C. R., ... Silverstein, J. H. (2007). A randomized clinical trial of a brief hypnosis intervention to control side effects in breast surgery patients. *Journal of the National Cancer Institute*, 99(17), 1304-1312. doi:10.1093/jnci/djm106
- Montgomery, G. H., David, D., Kangas, M., Green, S., Sucala, M., Bovbjerg, D. H., ... Schnur, J. B. (2014). Randomized Controlled Trial of a Cognitive-Behavioral Therapy Plus Hypnosis Intervention to Control Fatigue in Patients Undergoing Radiotherapy for Breast Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 32(6), 557-563. doi:10.1200/jco.2013.49.3437
- Montgomery, G. H., David, D., Winkel, G., Silverstein, J. H., y Bovbjerg, D. H. (2002). The effectiveness of adjunctive hypnosis with surgical patients: A meta-analysis. *Anesthesia and Analgesia*, 94(6), 1639-1645. doi:10.1213/00000539-200206000-00052
- Montgomery, G. H., DuHamel, K. N., y Redd, W. H. (2000). A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: How effective is hypnosis?. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48(2), 138-153. doi:10.1080/002071400008410045
- Montgomery, G. H., Kangas, M., David, D., Hallquist, M.N., Green, S., Bovbjerg, D. H., y Schnur, J. B. (2009). Fatigue during breast cancer radiotherapy: an initial randomized study of cognitive-behavioral therapy plus hypnosis. *Health Psychology*, 28(3), 317-322. doi:10.1037/a0013582
- Montgomery, G. H., y Schnur, J. B. (2005). Eficacia y aplicación de la hipnosis clínica. *Papeles del psicólogo*, 89, 3-8. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1180>

- Montgomery, G. H., Schnur, J. B., y Kravits, K. (2012). Hypnosis for cancer care: Over 200 years young. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 63(1), 31-44. doi:10.3322/caac.21165
- Morales, J. F., Reboloso, E., y Moya, M. (1994). Actitudes. En J. F. Morales y cols. (Eds.), *Psicología Social* (pp. 495-621). Madrid: McGraw-Hill.
- Nadon, R., Laurence, J. R., y Perry, C. (1991). The two disciplines of scientific hipnosis: A synergistic model. En S. J. Lynn y J. W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis. Current models and perspectives* (pp. 485-519). Nueva York: The Guilford Press.
- Nash, M. R. (1987). What, if anything, is regressed about age regression? A review of empirical literature. *Psychological Bulletin*, 102(1), 42-52. doi:10.1037/0033-2909.102.1.42
- Nash, M. R. (1991). Hypnosis as a special case of psychological regression. En S. J. Lynn y J. W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis. Current models and perspectives* (pp. 171-194). Nueva York: The Guilford Press.
- Néron, S., y Stephenson, R. (2007). Effectiveness of hypnotherapy with cancer patients' trajectory: Emesis, acute pain, and analgesia and anxiolysis in procedures. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55, 336-354. doi:10.1080/00207140701338647
- Neumann, P. (2005). The use of hypnosis in modifying immune system response. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 33(2), 140-159. Recuperado de [http://www.hypnosisaustralia.org.au/wp-content/uploads/journal/AJCEH\\_Vol33\\_No2\\_NOV05.pdf](http://www.hypnosisaustralia.org.au/wp-content/uploads/journal/AJCEH_Vol33_No2_NOV05.pdf)
- Nickisson, J. W. (1997). *Hypnosis: attitudes, knowledge and prior experience among psychology and nursing students* (Tesis doctoral, University of Northern Colorado, Co. USA).

- Oakley, D. A., y Halligan, P. W. (2010). Psychophysiological foundations of hypnosis. En S. J. Lynn, J. W. Rhue, y I. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (2ª edición) (pp. 79-117). Washington, D.C: American Psychological Association.
- Olness, K., Culbert, T., y Uden, D. (1989). Self-regulation of salivary immunoglobulin A by children. *Pediatrics*, 83(1), 66-71.
- Orne, M. T. (1959). The nature of hypnosis: Artifact and essence. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 58(3), 277-299. doi:10.1037/h0046128
- Orne, M. T. (1962). Antisocial behavior and hypnosis: Problems of control and validation in empirical studies. In G. H. Estabrooks (Ed.), *Hypnosis: Current problems* (pp.137-192.). New York, NY: Harper & Row.
- Ornstein, R. E. (1972). *The psychology of consciousness*. San Francisco: W.H. Freeman & Co.
- Osgood, C. E., Soci, G. J., y Tannenbaum, P. H. (1957). *The measurement of meaning*. Urbana: University of Illinois Press.
- Osgood, C. E., y Tannenbaum, P. H. (1955). The principle of congruity in the prediction of attitude change. *Psychological Review*, 62(1), 42-55. doi:10.1037/h0048153
- Page, R. A., y Green, J. (2002). Are recommendations to avoid hypnotic aftereffects being implemented? *Contemporary Hypnosis*, 19(4), 167-171. doi:10.1002/ch.254
- Pajak, R., Lackner, J., y Kamboj, S. K. (2013). A systematic review of minimal-contact psychological treatments for symptom management in irritable bowel syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 75(2), 103-112. doi:10.1016/j.jpsychores.2013.05.007
- Palsson, O. S. (2006). Standardized hypnosis treatment for irritable bowel syndrome: The North Carolina protocol. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54(1), 51-64. doi:10.1080/00207140500322933

- Patterson, D. R., y Jensen, M. P. (2003). Hypnosis and clinical pain. *Psychological Bulletin*, 129(4), 495-521. doi: 10.1037/0033-2909.129.4.495
- Pavlov, I. P. (1923). The identity of inhibition with sleep and hypnosis. *The Scientific Monthly*, 17(6), 603-608. doi: 10.2307/3693101
- Pekala, R. J., Maurer, R., Kumar, V. K., Elliott, N. C., Masten, E., Moon, E., y Salinger, M. (2004). Self-hypnosis relapse prevention training with chronic drug/alcohol users: effects on self-esteem, affect, and relapse. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 46(4), 281-297. doi:10.1080/00029157.2004.10403613
- Pérez-Alvárez, M. (1999). Teoría dramaturgica de la hipnosis. *Anales de Psicología*, 15(1), 27-38. Recuperado de [http://www.um.es/analesps/v15/v15\\_1pdf/05h02Marin.pdf](http://www.um.es/analesps/v15/v15_1pdf/05h02Marin.pdf)
- Perou, R., Bitsko, R., Blumberg, S., Pastor, P., Ghandour, R., Gfroerer, J., ... Huang, L. (2013). Mental health surveillance among children-United States 2005-2011. *Centers for Disease Control and Prevention. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)-Supplement*, 62(2), 1-35. Recuperado de <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/other/su6202.pdf>
- Perry, C. (1977). Is hypnotizability modifiable?. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 25(3), 125-146. doi:10.1080/00207147708415974
- Perry, C. (1992). Theorizing about hypnosis in either/or terms. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 40(4), 238-252. doi:10.1080/00207149208409660
- Perry, C., Nadon, R., y Button, J. (1992). The measurement of hypnotic ability. En E. Fromm y M. R. Nash (Eds.), *Contemporary hypnosis research* (pp. 457-480). Nueva York: The Guildford Press.
- Petkova, K. G., Ajzen, I., y Driver, B. L. (1995). Salience of anti-abortion beliefs and commitment to an attitudinal position: On the strength, structure, and predictive

- validity of anti-abortion attitudes. *Journal of Applied Social Psychology*, 25(6), 463-483. doi:10.1111/j.1559-1816.1995.tb01762.x
- Petty, R. E., y Cacioppo, J. T. (1981). *Attitudes and persuasión: Classic and contemporary approaches*. Dubuque, IA: Wm. C. Brown.
- Petty, R. E., y Cacioppo, J. T. (1986). *Communication and persuasion: Central and peripheral routes to attitude change*. New York: Springer-Verlag.
- Picard, P., Jusseaume, C., Boutet, M., Dualé, C., Mulliez, A., y Aublet-Cuvellier, B. (2013). Hypnosis for management of fibromyalgia. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 61 (1), 111-123. doi:10.1080/00207144.2013.729441
- Pinnell, C. M., y Covino, N. A. (2000) Empirical findings on the use of hypnosis in medicine: A critical review. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48 (2), 170-194. doi:10.1080/00207140008410047
- Piper, A., Pope, H. G., y Borowiecki, J. J. (2000). Custer's last stand: Brown, Schefflin' and Whitfield's latest attempt to salvage "dissociative amnesia". *The Journal of Psychiatry and Law*, 28(2), 149-213. Recuperado de <http://heinonline.org/HOL/LandingPage?handle=hein.journals/jpsych28&div=18&id=&page=>
- Pittler M. H., y Ernst, E. (2005). Complementary therapies for reducing body weight: A systematic review. *International Journal of Obesity*, 29(9), 1030-1038. doi:10.1038/sj.ijo.0803008
- Pratkanis, A. R. (1989). The cognitive representation of attitudes. En A. R. Pratkanis, S. J. Breckler, y A. G. Greenwald (Eds.), *Attitude structure and function* (pp. 71-98). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Quirós-Ramírez, M. (2013). Hipnosis como tratamiento del dolor en pacientes con fibromialgia. *Revista Costarricense de Psicología*, 32(1), 1-24. Recuperado de file:///C:/Users/mmartin/Downloads/Dialnet-HipnosisComoTratamientoDelDolorEnPacientesConFibro-4836508.pdf
- Raskin, R., Raps, C., Luskin, F., Carlson, R., y Cristal, R. (1999). Pilot study of the effect of self-hypnosis on the medical management of essential hypertension. *Stress y Health*, 15(4), 243-247. doi: 10.1002/(SICI)1099-1700(199910)15:4<243::AID-SMI820>3.0.CO;2-O
- Ratner, H., Gross, L., Casas, J., y Castells, S. (1990). A hypnotherapeutic approach to the improvement of compliance in adolescent diabetics. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 32(3), 154-159. doi:10.1080/00029157.1990.10402819
- Raykov, T. (2001). Estimation of congeneric scale reliability using covariance structure analysis with nonlinear constraints. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 54(2), 315–323. doi:10.1348/000711001159582
- Raykov, T. (2004). Point and Interval Estimation of Reliability for Multiple-Component Measuring Instruments via Linear Constraint Covariance Structure Modeling. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 11(3), 342–356. doi:10.1207/s15328007sem1103\_3
- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española* (23.<sup>a</sup> ed.). Madrid, España: Autor.
- Regan, D. T., y Fazio, R. H. (1977). On the consistency between attitudes and behavior: Look to the method of attitude formation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 13(1), 28-45. doi:10.1016/0022-1031(77)90011-7

- Research Committee of the British Tuberculosis Society. (1968). Hypnosis for asthma a controlled trial. A report to the Research Committee of the British Tuberculosis Association. *British Medical Journal*, 4, 71-76. doi:10.1136/bmj.4.5623.71
- Rhue, J. W. (2010). Clinical hypnosis with children. En J. W. Rhue, S. J. Lynn, y I. Kirsch (Eds). *Handbook of clinical hypnosis* (2ª edición) (pp. 467-491). Washington DC, American Psychological Association Press.
- Richardson, J., Smith, J. E., McCall, G., y Pilkington, K. (2006). Hypnosis for procedure-related pain and distress in pediatric cancer patients: a systematic review of effectiveness and methodology related to hypnosis interventions. *Journal of pain and symptom management*, 31(1), 70-84. doi:10.1016/j.jpainsymman.2005.06.010
- Richardson, J., Smith, J. E., McCall, G., Richardson, A., Pilkington, K., y Kirsch, I. (2007). Hypnosis for nausea and vomiting in cancer chemotherapy: A systematic review of the research evidence. *European Journal of Cancer Care*, 16(5), 402-412. doi:10.1111/j.1365-2354.2006.00736.x
- Riegel, B. (2013). Hypnosis for smoking cessation: Group and individual treatment. A free choice study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 61(2), 146-161. doi:10.1080/00207144.2013.753824
- Riegel, B., y Tönnies, S. (2011). Hypnosis in smoking cessation: The effectiveness of some basic principles of hypnotherapy without using formal trance. A case study. *Journal of Smoking Cessation*, 6(2), 83-84. doi:10.1375/jsc.6.2.83
- Ritz, T., Meuret, A. E., Trueba, A. F., Fritzsche, A., y von Leupoldt, A. (2013). Psychosocial factors and behavioral medicine interventions in asthma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81 (2), 231-250. doi:10.1037/a0030187

- Roberts, C. A., y Johansson, C. B. (1974). The inheritance of cognitive interest styles among twins. *Journal of Vocational Behavior*, 4(2), 237-243. doi:10.1016/0001-8791(74)90107-9
- Robin, B. M. (2011). *An analysis of factors related to seeking clinical hypnosis*. (Order No. AAI3418970, *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 6449. Recuperada de <http://www.ucm.es/BUCM/checkip.php?/docview/870551879?accountid=14514>. (870551879; 2011-99080-326).
- Rodríguez-Álamo, A. (febrero, 2014). *Fibromialgia: eficacia diferencial de hipnosis, autohipnosis y relajación para el control del dolor*. Trabajo presentado en 15 Congreso Virtual de psiquiatría.com. en la sección temática de "Tratamientos Psicológicos". Recuperado de <http://hdl.handle.net/10401/6497>
- Roggiani, W. (2002). *Intérêt et connaissances des médecins généralistes et internists du canton de Genève pour l'hypnose médicale* (Tesis doctoral, Universidad de Ginebra, Ginebra, Suiza).
- Ronis, D. L., Yates, J. F., y Kirscht, J. P. (1989). Attitudes, decisions, and habits as determinants of repeated behavior. En A. R. Pratkanis, S. J. Breckler, y A. G. Greenwald (Eds.), *Attitude structure and function* (pp. 213-240). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Rosenberg, M. J. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. J. (1968) Mathematical models of social behavior. En G. Lindzey y E. Aronson (Eds.), *The handbook of social psychology*, Vol. 1. Massachusetts: Addison-Wesley.



- Rosenberg, M. J., y Hovland, C.I. (1960). Cognitive, affective, and behavioural components of attitudes. En M. J. Rosenberg, C. I. Hovland, W. J. McGuire, R. P. Abelson, y J. W. Brehm, (Eds.), *Attitude organisation and change: An analysis of consistency among attitude components* (pp.1-14). New Haven, CT: Yale University.
- Ross, M. (1989). Relation of implicit theories to the construction of histories personal. *Psychological Review*, 96(2), 341-357. doi:10.1037/0033-295x.96.2.341
- Ross, U. H., Lange, O., Unterrainer, J., y Laszig, R. (2007). Ericksonian hypnosis in tinnitus therapy: Effects of a 28-day inpatient multimodal treatment concept measured by Tinnitus-Questionnaire and Health Survey SF-36. *European Archives of Otorhinolaryngology*, 264(5), 483-488. doi:10.1007/s00405-006-0221-9
- Rutten, J. M. T. M., Reitsma, J. B., Vlieger, A. M., y Benninga, M. A. (2012). Gut-directed hypnotherapy for functional abdominal pain or irritable bowel syndrome in children: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, 98(4), 252-257. doi:10.1136/archdischild-2012-302906
- Saadat, H., Drummond-Lewis, J., Maranets, I., Kaplan, D., Saadat, A., Wang, S. M., y Kain, Z. N. (2006). Hypnosis reduces preoperative anxiety in adult patients. *Anesthesia and Analgesia*, 102(5), 1394-1396. doi:10.1213/01.ane.0000204355.36015.54
- Saenger, G. (1953). *The social psychology of prejudice*. Nueva York: Harper & Row.
- Sangrador, J. L. (1981). *Estereotipos de las naciones y regiones de España*. Madrid: C.I.S.
- Sarbin, T. R. (1993). Whither hypnosis? A rhetorical analysis. *Contemporary Hypnosis*, 10, 1-9.
- Sarbin, T. R. (1999). Whiter hypnosis? A rhetorical analysis. En I. Kirsch, A. Capafons, E. Cardaña y S. Amigó (Eds.), *Clinical hypnosis and self-regulation: Cognitive-behavioral perspectives* (pp. 105-116). Washington, D.C.: American Psychological Association.

- Sarbin, T. R., y Coe, W. C. (1972). *Hypnosis: a social psychological analysis of influence communication*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Satorra, A., y Bentler, P.M. (1994). Corrections to Test Statistics and Standard Errors in Covariance Structure Analysis. En A. von Eye y C. C. Clogg, (Eds.), *Latent Variables Analysis: Applications to Developmental Research* (pp.399-419). Thousand Oaks, C.A.: SAGE Publications, Inc.
- Scarr, S. (1981). The transmission of authoritarian attitudes in families: Genetic resemblance in social political attitudes? En S. Scarr (Ed.), *Race, social class and individual differences* (pp. 399-427). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- Scarr, S., y Weinberg, R. A. (1978). Attitudes, interests and IQ. *Human Nature*, 1(4), 29-36.
- Schaefer, R., Klose, P., Moser, G., y Häuser, W. (2014). Efficacy, tolerability, and safety of hypnosis in adult irritable bowel syndrome. *Psychosomatic Medicine*, 76(5), 389-398. doi:10.1097/psy.0000000000000039
- Schlegel, R. P. (1975). Multidimensional measurement of attitude towards smoking marijuana. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 7(4), 387-396. doi:10.1037/h0081923
- Schlegel, R. P., y DiTocco, D. (1982). Attitudinal structures and the attitude-behavior relation. En M. P. Zanna, E. T. Higgins, y C. P. Herman (Eds.), *Consistency in Social Behavior: The Ontario symposium* (vol. 2), Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Schlenker, B. R. (1982). Translating actions into attitudes: an identity-analytic approach to the explanation of social conduct. En L. Berkowitz (ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (vol. 15), Nueva York: Academic Press.
- Schnur, J. B., David, D., Kangas, M., Green, S., Bovbjerg, D. H., y Montgomery, G. H. (2009). Hypnosis intervention on positive and negative affect during breast cancer radiotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 443-455. doi:10.1002/jclp.20559.

- Schnur, J. B., Kafer, I., Marcus, C., y Montgomery, G. H. (2008). Hypnosis to manage distress related to medical procedures: A meta-analysis. *Contemporary Hypnosis*, 25, 114-128. doi:10.1002/ch.364
- Schoenberger, N. E. (2000). Research on hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48(2), 154-169. doi:10.1080/00207140008410046
- Schoenberger, N. E., Kirsch, I., Gearan, P., Montgomery, G., y Pastyrnak, S. L. (1997). Hypnotic enhancement of a cognitive behavioral treatment for public speaking anxiety. *Behavior Therapy*, 28 (1), 127-140. doi:10.1016/s0005-7894(97)80038-x
- Schwartz, J. L. (1987). *Review and evaluation of smoking cessation methods: The United States and Canada, 1978-1985*. Washington, D.C., U.S. Department of Health and Human Services.
- Scoboria, A., Mazzoni, G., y Kirsch, I. (2008). "Don't know" responding to answerable and unanswerable questions during misleading and hypnotic interviews. *Journal of Experimental Psychology: Applied*, 14(3), 255-265. doi:10.1037/1076-898X.14.3.255
- Scoboria, A., Mazzoni, G., Kirsch, I., y Milling, L. S. (2002). Immediate and persisting effects of misleading questions and hypnosis on memory reports. *Journal of Experimental Psychology: Applied*, 8(1), 26-32. doi:10.1037/1076-898x.8.1.26
- Secord, P. F., y Backman, C. W. (1964). *Social psychology*. Nueva York: Mcgraw-Hill.
- Seligman, M. E. P. (1996). Science as an ally of practice. *American Psychologist*, 51(10), 1072-1079. doi:10.1037/0003-066x.51.10.1072
- Shah, M., Monga, A., Patel, S., Shah, M., y Bakshi, H. (2014). The effect of hypnosis on dysmenorrhea. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 62(2), 164-178. doi:10.1080/00207144.2014.869128

- Shavitt, S. (1989). Operationalizing functional theories of attitude. En A. R. Pratkanis, S. J. Breckler, y A. G. Greenwald (Eds.), *Attitude structure and function* (pp. 311-337). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Sheehan, P. W. (1991). Hypnosis, context, and commitment. En S. J. Lynn, y J. W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis. Current models and perspectives* (pp. 520-541). Nueva York: The Guilford Press.
- Sheehan, P. W. (2001). Memory and hypnosis. General considerations. En G. Burrows, R. O. Stanley, y P. B. Bloom (Eds.), *International handbook of clinical hypnosis* (pp. 49-60). Chichester (UK): John Wiley & Sons.
- Sheehan, P. W., y Perry, C. W. (1976). *Methodologies of hypnosis*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Shenefelt, P. D. (2004). Using hypnosis to facilitate resolution of psychogenic excoriations in acne excoriée. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 46(3), 239-245. doi:10.1080/00029157.2004.10403603
- Shenefelt, P. D. (2013). Anxiety reduction using hypnotic induction and self-guided imagery for relaxation during dermatologic procedures. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 61(3), 305-318. doi:10.1080/00207144.2013.784096
- Shih, M., Yang, Y. H., y Koo, M. (2009). A meta-analysis of hypnosis in the treatment of depressive symptoms: A brief communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 57(4), 431-442. doi:10.1080/00207140903099039
- Shimizu, T. (2014). A causal model explaining the relationships governing beliefs, attitudes, and hypnotic responsiveness. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 62(2), 231-250. doi:10.1080/00207144.2014.869142
- Shor, R. E., y Orne, E. C. (1962). *Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists.

- Simon, E. P., y Lewis, D. M. (2000). Medical hypnosis for temporomandibular disorders: treatment efficacy and medical utilization outcome. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics*, 90(1), 54-63. doi:10.1067/moe.2000.106692
- Simpson, G. E., y Yinger, J. M. (1965). *Racial and cultural minorities*. (rev. ed.). Nueva York: Harper & Row.
- Simrén, M. (2006). Hypnosis for irritable bowel syndrome: The quest for the mechanism of action. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54(1), 65-84. doi:10.1080/00207140500327239
- Smith, M. B., Bruner, J. S., y White, R. W. (1956). *Opinions and Personality*. Nueva York: Wiley.
- Snow, A. (2014). Social work administered hypnosis for patients undergoing bone marrow procedures: A randomized controlled trial. (Order No. AAI3561640, *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*.
- Snow, A., Dorfman, D., Warbet, R., Cammarata, M., Eisenman, S., Zilberfein, F., ... Navada, S. (2012). A randomized trial of hypnosis for relief of pain and anxiety in adult cancer patients undergoing bone marrow procedures. *Journal of Psychosocial Oncology*, 30(3), 281-293. doi:10.1080/07347332.2012.664261
- Snyder, M. (1974). The self-monitoring of expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 30(4), 526-537. doi:10.1037/h0037039
- Snyder, M., y Kendziersky, D. (1982). Choosing social situations: Investigating the origins of correspondence between attitudes and behavior. *Journal of Personality*, 50(3), 280-295. doi:10.1111/j.1467-6494.1982.tb00751.x

- Spanos, N. P. (1982). Hypnotic behavior: A cognitive social psychological perspective. *Research Communications in Psychology, Psychiatry and Behavior*, 7(2), 199-213.
- Spanos, N. P. (1986). Hypnotic behavior: A social-psychological interpretation of amnesia, analgesia, and “trance logic”. *Behavioral and Brain Sciences*, 9(3), 499-502. doi:10.1017/s0140525x00046537
- Spanos, N. P. (1991). A sociocognitive approach to hypnosis. En S. J. Lynn, y J. W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis. Current models and perspectives* (pp. 324-361). Nueva York: The Guilford Press.
- Spanos, N. P. (1996). *Multiple identities y false memories*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Spanos, N. P., y Barber, T. X. (1976). Behavior modification and hypnosis. En M. Hersen, R. M. Eisler, y P. M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification*, (pp. 1-43). Nueva York: Academic Press Inc.
- Spanos, N. P., Brett, P. J., Menary, E. P., y Cross, W. P. (1987). A measure of attitudes toward hypnosis: relationships with absorption and hypnotic susceptibility. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 30(2), 139-150. doi:10.1080/00029157.1987.10404174
- Spanos, N. P., y McPeake, J. D. (1975). Involvement in everyday imaginative activities, attitudes toward hypnosis, and hypnotic suggestibility. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31(3), 594-598. doi:10.1037/h0076509
- Spanos, N. P., Robertson, L. A., Menary, E. P., y Brett, P. J. (1986). Component analysis of a cognitive skill training package for the enhancement of hypnotic susceptibility. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(4), 350-357. doi:10.1037/0021-843x.95.4.350
- Spanos, N. P., Stenstrom, R. J., y Johnston, J. C. (1988). Hypnosis, placebo, and suggestion in the treatment of warts. *Psychosomatic Medicine*, 50(3), 245-260. doi:10.1097/00006842-198805000-00003

- Spiegel, D. (2010). Hypnosis in the treatment of posttraumatic stress disorders. En S. J. Lynn, J. W. Rhue, y I. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (2ª edición) (pp. 415-433). Washington, D.C: American Psychological Association.
- Spiegel, D., Kraemer, H., Bloom, J., y Gottheil, E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *The Lancet*, 334(8668), 888-891. doi:10.1016/s0140-6736(89)91551-1
- Spiegel, D., Hunt, T., y Dondershine, H. E. (1988). Dissociation and hypnotizability in posttraumatic stress disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 145(3), 301-305. Recuperado de <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.145.3.301>
- Spiegel, D., y Moore, R. (1997). Imagery and hypnosis in the treatment of cancer patients. *Oncology*, 11(8), 1179-1195. Recuperado de [http://bscw.rediris.es/pub/bscw.cgi/d5000147/Spiegel-Imagery\\_hypnosis\\_treatment\\_cancer\\_patients.pdf](http://bscw.rediris.es/pub/bscw.cgi/d5000147/Spiegel-Imagery_hypnosis_treatment_cancer_patients.pdf)
- Spiegel, D., y Spiegel, H. (1988). Assessment and treatment using hypnosis. En C. G. Last, y M. Hersen (Eds.). *Handbook of Anxiety Disorders* (401-410). New York: Pergamon Press.
- Spiegel, H., y Spiegel, D. (1987). *Trance and treatment: clinical uses of hypnosis*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Spiegel, H., y Spiegel, D. (2004). *Trance and treatment clinical uses of hypnosis (2nd Edition)*. Washington, DC: American Publishing.
- Stagg, E. K., y Lazenby, M. (2012). Best practices for the nonpharmacological treatment of depression at the end of life. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 29(3), 183-194. doi:10.1177/1049909111413889

- Stahlberg, D., y Frey, D. (1990). Actitudes I: estructura, medida y funciones. En M. Hewstone, W. Stroebe, J. P. Codol, y G. M. Stephenson (dir. y coord.) *Introducción a la psicología social. Una perspectiva europea* (pp. 149-170). Barcelona: Ariel Psicología.
- Stalder, D. R., y Baron, R. S. (1998). Attributional complexity as a moderator of dissonance produced attitude change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(2), 449–455. doi:10.1037/0022-3514.75.2.449
- Stanton, H. E. (1994). Self-hypnosis: One path to reduced test anxiety. *Contemporary Hypnosis*, 11(1), 14-18.
- Stebay, N. M., y Bothwell, R. K. (1994). Evidence for hypnotically refreshed testimony: The view from the laboratory. *Law and Human Behavior*, 18(6), 635–651. doi:10.1007/bf01499329
- Stoelb, B. L., Molton, I. R., Jensen, M. P., y Patterson, D. R. (2009). The efficacy of hypnotic analgesia in adults: A review of the literatura. *Contemporary Hypnosis*, 26(1), 24-39. doi:10.1002/ch.370
- Stroebe, W. (1980). *Grundlagen der Sozialpsychologie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stroebe, W., e Insko, C. A. (1989). Stereotype, prejudice and discrimination: Changing conceptions in theory and research. En D. Bar-Tal, C. F. Graumann, A. W. Kruglanski, y W. Stroebe (Eds.), *Stereotyping and prejudice: Changing conceptions* (pp. 3-34). Nueva York: Springer-Verlag. doi:10.1007/978-1-4612-3582-8\_1
- Stroebe, W., y Jonas, K. (1990). Actitudes II: estrategias de cambio de actitud. En M. Hewstone, W. Stroebe, J. P. Codol, y G. M. Stephenson (dir. y coord.) *Introducción a la psicología social. Una perspectiva europea* (pp. 171-197). Barcelona: Ariel Psicología.



- Stutman, R. K., y Bliss, E. L. (1985). Posttraumatic stress disorder, hypnotizability, and imagery. *American Journal of Psychiatry*, 142(6), 741-743. Recuperado de <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.142.6.741?journalCode=ajp>
- Syrjala, K. L., Cummings, C., y Donaldson, G. W. (1992). Hypnosis or cognitive behavioural training for the reduction of pain and nausea during cancer treatment: A controlled clinical trial. *Pain*, 48(2), 137-146. doi:10.1016/0304-3959(92)90049-h
- Tahiri, M., Mottillo, S., Joseph, L., Pilote, L., y Eisenberg, M. J. (2012). Alternative smoking cessation aids: A meta-analysis of randomized controlled trials. *The American Journal of Medicine*, 125(6), 576-584. doi:10.1016/j.amjmed.2011.09.028
- Tedeschi, J. T., y Rosenfeld, P. (1981). Impression management theory and the forced compliance situation. En J. T. Tedeschi (ed.), *Impression Management Theory and Social Psychological Research*, Nueva York: Academic Press.
- Tedeschi, J. T., Schlenker, B. R., y Bonoma, T. V. (1971). Cognitive dissonance: private ratiocination or public spectacle? *American Psychologist*, 26(8), 685-695. doi:10.1037/h0032110
- Tefikow, S., Barth, J., Maichrowitz, S., Beelmann, A., Strauss, B., y Rosendahl, J. (2013). Efficacy of hypnosis in adults undergoing surgery or medical procedures: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 33(5), 623-636. doi:10.1016/j.cpr.2013.03.005
- Tesser, A. (1993). The importance of heritability in psychological research: The case of attitudes. *Psychological Review*, 100(1), 129-142. doi:10.1037/0033-295x.100.1.129
- Thomas, W. I., y Znaniecki, F. (1918). *The polish peasant in Europe and America*. Boston: Badger.

- Thomson, L. (2003). A project to change the attitudes, beliefs and practices of health professionals concerning hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 46(1), 31-44. doi:10.1080/00029157.2003.10403563
- Thurstone, L. L. (1928). Attitudes can be measured. *American Journal of Sociology*, 33(4), 529-554. doi:10.1086/214483
- Thurstone, L. L. (1931). The measurement of social attitudes. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 26(3), 249-269. doi:10.1037/h0070363
- Tomé-Pires, C., y Miró, J. (2012). Hypnosis for the management of chronic and cancer procedure related pain in children. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 60(4), 432-457. doi:10.1080/00207144.2012.701092
- Tortosa, F., González-Ordi, H., y Miguel-Tobal, J. J. (1999). La Hipnosis. Una controversia interminable. *Anales de Psicología*, 15(1), 3-25. Recuperado de <http://revistas.um.es/analesps/article/view/30321/29501>
- Tramunt-Rubio, J. R. (julio, 1992). *El empleo de la hipnosis en las terapias cognitivo-conductuales de la ansiedad*. Comunicación presentada al Congreso Iberoamericano de Psicología. Area 3: Psicología Clínica. Madrid.
- Tversky, A., y Kahneman, D. (1974). Judgments under uncertainty: Heuristics and biases. *Science*, 185, 1124-1131. Recuperado de [http://psiexp.ss.uci.edu/research/teaching/Tversky\\_Kahneman\\_1974.pdf](http://psiexp.ss.uci.edu/research/teaching/Tversky_Kahneman_1974.pdf)
- Uman, L. S., Chambers, C. T., McGrath, P. J., y Kisely, S. (2006). Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. *The Cochrane database of systematic reviews*, 18, CD005179. doi:10.1002/14651858.CD005179.pub2

- Vallejo, M. A., y Capafons, A. (2005). La hipnosis psicológica en España. *Papeles del Psicólogo*, 89, 39-43. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1184>
- Vandenbergh, R. L., Sussman, K. E., y Titus, C. C. (1966). Effects of hypnotically induced acute emotional stress on carbohydrate and lipid metabolism in patients with diabetes mellitus. *Psychosomatic Medicine*, 28(4), 382-390. doi:10.1097/00006842-196607000-00010
- Vanderlinden, J., y Vandereycken, W. (1994). The (limited) possibilities of hypnotherapy in the treatment of obesity. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 36, 248-257. doi:10.1080/00029157.1994.10403084
- Van Dyck, R., y Spinhoven, P. (1997). Does preference for type of treatment matter? A study of exposure in vivo with or without hypnosis in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behavior Modification*, 21(2), 172-186. doi:10.1177/01454455970212003
- Velloso, L. G. C., Duprat, M. L., Martins, R., y Scopetta L. (2010). Hypnosis for management of claustrophobia in magnetic resonance imaging. *Radiologia Brasileira* 43(1), 19-22. Recuperado de [http://www.rb.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=923](http://www.rb.org.br/detalhe_artigo.asp?id=923)
- Vingoe, F. J. (1982). Attitudes of clinical and educational psychologists towards hypnosis training and treatment. *Bulletin of the British Society of Experimental and Clinical Hypnosis*, 5, 37-41.
- Vlieger, A. M., Menko-Frankenhuis, C., Wolfkamp, S. C. S., Tromp, E., y Benninga, M. A. (2007). Hypnotherapy for children with functional abdominal pain or irritable bowel syndrome: A randomized controlled trial. *Gastroenterology*, 133(5), 1430-1436. doi:10.1053/j.gastro.2007.08.072

- Wadden, T. A., y Penrod, J. H. (1981). Hypnosis in the treatment of alcoholism: a review and appraisal. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 24(1), 41-47. doi:10.1080/00029157.1981.10403282
- Wagstaff, G. F. (1998). The semantics and physiology of hypnosis as an altered state: towards a definition of hypnosis. *Contemporary Hypnosis*, 15(3), 149–165. doi:10.1002/ch.125
- Wagstaff G. F., Brunas-Wagstaff J., Cole J., Knapton L., Winterbottom J., Crean V., y Wheatcroft J. (2004). Facilitating memory with hypnosis, focused meditation and eye closure. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 52(2), 434-455. doi:10.1080/00207140490889062
- Waller, N. G., Kojetin, B. A., Bouchard, T. J. Jr., Lykken, D. T., y Tellegen, A. (1990). Genetic and environmental influences on religious interest, attitudes, and values: A study of twins reared apart and together. *Psychological Science*, 1(2), 138-142. doi:10.1111/j.1467-9280.1990.tb00083.x
- Walters, C., y Havens, R. A. (1993). *Hypnotherapy for health, harmony, and peak performance: Expanding the goals of psychotherapy*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Wark, D. M. (2008). What we can do with hypnosis: A brief note. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 51(1), 29-36. doi:10.1080/00029157.2008.10401640
- Warner, L., y DeFleur, M. L. (1969). Attitude as an interactional concept: Social constraint and social distance as intervening variables between attitudes and action. *American Sociological Review*, 34(2), 153-169. doi:10.2307/2092174
- Webb, A. N., Kukuruzovic, R. H., Catto-Smith, A. G., y Sawyer, S. M. (2007). Hypnotherapy for treatment of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database Systematic Review*, 4, CD005110. doi:10.1002/14651858.CD0055110.pub2.

- Wechsler, M. E., Kelley, J. M., Boyd, I. O., Dutile, S., Marigowda, G., Kirsch, I., ... Kaptchuk, T. J. (2011). Active albuterol or placebo, sham acupuncture, or no intervention in asthma. *New England Journal of Medicine*, 365, 119-126. doi:10.1056/NEJMoa1103319
- Weitzenhoffer, A. M. (1980). Hypnotic susceptibility revisited. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 22(3), 130-146. doi:10.1080/00029157.1980.10403217
- Wells, W. R. (1924). Experiments in Waking Hypnosis for Instructional Purposes. *The Journal of Abnormal Psychology and Social Psychology*, 18(4), 389-404. doi:10.1037/h0074476
- Werner, A., Uldbjerg, N., Zachariae, R., y Nohr, E. A. (2013). Effect of self-hypnosis on duration of labor and maternal and neonatal outcomes: a randomized controlled trial. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandavica*, 92 (7), 816-823. doi:10.1111/aogs.12141
- Werner, A., Uldbjerg, N., Zachariae, R., Rosen, G., y Nohr, E. (2013). Self-hypnosis for coping with labour pain: a randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 120 (3), 346-353. doi:10.1111/1471-0528.12087
- Werner, A., Uldbjerg, N., Zachariae, R., Wu, C. S., y Nohr, E. A. (2013). Antenatal hypnosis training and childbirth experience: a randomized controlled trial. *Birth*, 40(4), 272-280. doi:10.1111/birt.12071
- Wester, W. C. (2012). Hypnotic treatment of anxiety in children. En L. Sugarman, y W. Wester (Eds.), *Therapeutic hypnosis with children and adolescents* (2ª ed., pp. 209-242). Bethel, CT: Crown House Publishing.
- Wester, W. C., y Hammond, D. C. (2011). Solving crimes with hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 53(4), 249-263. doi:10.1080/00029157.2011.10404355

- Whitehead, W. E. (2006). Hypnosis for irritable bowel syndrome: the empirical evidence of therapeutic effects. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54(1), 7-20. doi:10.1080/00207140500328708
- Whorwell, P. J. (2006). Effective management of irritable bowel syndrome: The Manchester Model. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54(1), 21-26. doi:10.1080/00207140500323006
- Wickless, C., y Kirsch, I. (1989). The effects of verbal and experiential expectancy manipulations on hypnotic susceptibility. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(5), 762-768. doi:10.1037/0022-3514.57.5.762
- Wickramasekera, I. (1973). Effects of electromyographic feedback on hypnotic susceptibility: More preliminary data. *Journal of Abnormal Psychology*, 82(1), 74-77. doi:10.1037/h0034853
- Willemsen, R., Haentjens, P., Roseeuw, D., y Vanderlinden, J. (2011). Hypnosis and alopecia areata: Long-term beneficial effects on psychological well-being. *Acta Dermato-Venereologica*, 91, 35-39.
- Willett, W. C., Dietz, W. H., y Colditz, G. A. (1999). Guidelines for healthy weight. *New England Journal of Medicine*, 341(6), 427-434. doi:10.1056/nejm199908053410607
- Wilson, L., Greene, E., y Loftus, E. F. (1986). Beliefs about forensic hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 34(2), 110-121. doi:10.1080/00207148608406976
- Winchell, S. A., y Watts, R. A. (1988). Relaxation therapies in the treatment of psoriasis and possible pathophysiologic mechanisms. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 18(1), 101-104. doi:10.1016/s0190-9622(88)70015-8

- Wood, G. J., Bughi, S., Morrison, J., Tanavoli, S., Tanavoli, S., y Zadeh, H. H. (2003). Hypnosis, differential expression of cytokines by T-Cell subsets, and the hypothalamo-pituitary-adrenal axis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 45(3), 179-196. doi:10.1080/00029157.2003.10403525
- Woody, E. Z., y Bowers, K. S. (1994). A frontal assault on dissociated control. En S. J. Lynn, y J. W. Rhue, (Eds.), *Dissociation: Clinical theoretical and research perspectives* (pp. 52-79). Nueva York: The Guilford Press.
- Worchel, S., Cooper, J., Goethals, G. R., y Olson, J. M. (2002). *Psicología Social*. México: Thompson.
- Wyer, R. S. (1991). *Advances in cognitive social psychology*. Hillsdale: LEA.
- Xu, Y., y Cardeña, E. (2007). Hypnosis as an adjunct therapy in the management of diabetes. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 56(1), 63-72. doi:10.1080/00207140701673050
- Yapko, M. (1994). Suggestibility and repressed memories of abuse: A survey of psychotherapists' beliefs. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 36(3), 163-171. doi: 10.1080/00029157.1994.10403066
- Yapko, M. (2003). *Trancework: An introduction to the practice of clinical hypnosis* (3ª edición). New York, NY: Brunner- Routledge
- Yapko, M. (2010). Hypnosis and depression. En S. J. Lynn, J. W. Rhue, y I. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (2ª edición) (pp. 391-413). Washington, D.C: American Psychological Association.
- Young, J., y Cooper, L. M. (1972). Hypnotic recall amnesia as a function of manipulated expectancy. *Proceedings of the 80th Annual Convention of the American Psychological Association*, 7, 857-858. doi:10.1037/e611312012-177

- Yu, C. K-c. (2004a). Beliefs and attitudes of Chinese regarding hypnosis and its applications. *Contemporary Hypnosis*, 21(3), 93-106. doi:10.1002/ch.295
- Yu, C. K-c. (2004b). Beliefs and opinions regarding hypnosis and its applications among Chinese professionals in medical settings. *Contemporary Hypnosis*, 21(4), 177-186. doi:10.1002/ch.305
- Yu, C. K-c. (2006). Sources of information about hypnosis and attitudes towards being hypnotised in Hong Kong. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 34(2), 135-145. Recuperado de [http://www.hypnosisaustralia.org.au/wp-content/uploads/journal/AJCEH\\_Vol34\\_No2\\_NOV06.pdf](http://www.hypnosisaustralia.org.au/wp-content/uploads/journal/AJCEH_Vol34_No2_NOV06.pdf)
- Zachariae, R., Øster, H., Bjerring, P., y Kragballe, K. (1996). Effects of psychologic intervention on psoriasis: A preliminary report. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 34(6), 1008-1015. doi:10.1016/s0190-9622(96)90280-7
- Zajonc, R.B. (1968). Attitudinal effects of mere exposure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 9(2), 1-27. doi:10.1037/h0025848
- Zanna, M. P., y Fazio, R. H. (1982). The attitude behavior relation: Moving toward a third generation of research. En M. P. Zanna, E. T. Higgins, y C. P. Herman (Eds.), *Consistency in Social Behavior: The Ontario symposium* (vol. 2), Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Zeig, J. K., y Rennick, P. J. (1991). Ericksonian hypnotherapy: A communications approach to hypnosis. En S. J. Lynn, y J. W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis: Current models and perspectives* (pp. 274-302). Nueva York: Guilford Press.
- Zeltzer, L. K., Dolgin, M. J., LeBaron, S., y LeBaron, C. (1991). A randomized, controlled study of behavioral intervention for chemotherapy distress in children with cancer. *Pediatrics*, 88(1), 34-42. Recuperado de <http://pediatrics.aappublications.org/content/88/1/34.full.pdf+html>



- Zeltzer, L. K., y LeBaron, S. M. (1982). Hypnosis and nonhypnotic techniques for reduction of pain and anxiety during painful procedures in children and adolescents with cancer. *Journal of Pediatrics*, 101(6), 1032-1035. doi: 10.1016/S0022-3476(82)80040-1
- Zobeiri, M., Moghimi, A., Attaran, D., Fathi, M., y Ashari, A. A. (2009). Self-hipnosis in attenuation of asthma symptoms severy. *Journal of Applied Sciences*, 9(1), 188-192. doi:10.3923/jas.2009.188.192

## **6. TABLAS**



**Tabla 1:****Distribución de los estudiantes por cursos de licenciatura**

<b>Curso</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje Acumulado</b>
0	644	32.5	32.5
1º	142	7.2	39.7
2º	73	3.7	43.4
3º	122	6.2	49.6
4º	67	3.4	53.0
5º	28	1.4	54.4
No responde	901	45.6	100
Total	1977	100	

Tabla 2:

## Saturaciones de los ítems en los factores en la muestra portuguesa a partir del modelo AFC

Ítems	Factor							
	Factor 1: Miedo	Factor 2: Memoria	Factor 3: Ayuda	Factor 4: Control	Factor 5: Colaboración	Factor 6: Interés	Factor 7: Mágica	Factor 8: Marginal
1			.69					
2					.74			
3		.48						
4	.53							
5							.55	
6							.76	
7	.59							
8					.54			
9							.66	
10			.80					
12			.79					
13					.70			
14				.70				
15				.77				
16	-.31		.43					
17			.40	.37				
18	.71							
19	.77							
20	.72							
21				.34				
22	.53			-.26				
23			.78					
24				.52				
25				.75				
26						.95		
27						.96		
28						.78		
29			.46					
30		.55						
31		.65						
32		.57						
33		.47						
34								.50
35								.61
36								.70
37			.77					

**Tabla 3:****Estadísticos descriptivos y pruebas de normalidad univariada en los ítems del test y retest**

Variable	Media	DT	Asimetría		Curtosis		Asimetría y Curtosis	
			Z	Prob.	Z	Prob.	X <sup>2</sup>	Prob.
Item 1	3.89	1.03	-7.38	0.000	12.58	0.000	212.79	0.000
Item 2	4.53	1.08	-9.32	0.000	4.73	0.000	109.20	0.000
Item 3	3.86	1.10	-5.54	0.000	6.29	0.000	70.28	0.000
Item 4	3.17	1.50	2.90	0.004	-7.84	0.000	69.88	0.000
Item 5	3.08	1.30	3.26	0.001	-3.17	0.002	20.68	0.000
Item 6	2.76	1.34	5.28	0.000	-5.92	0.000	62.96	0.000
Item 7	3.54	1.32	-3.49	0.000	-2.65	0.008	19.20	0.000
Item 8	3.91	1.12	-6.99	0.000	5.46	0.000	78.71	0.000
Item 9	2.42	1.17	10.26	0.000	1.15	0.248	106.68	0.000
Item 10	3.81	1.13	-8.59	0.000	5.59	0.000	104.97	0.000
Item 11	3.33	1.20	-0.41	0.680	0.33	0.743	0.28	0.870
Item 12	4.12	1.11	-9.59	0.000	8.93	0.000	171.70	0.000
Item 13	4.50	1.13	-9.67	0.000	4.48	0.000	113.58	0.000
Item 14	2.89	1.15	6.24	0.000	3.89	0.000	54.10	0.000
Item 15	2.96	1.16	3.60	0.000	2.17	0.030	17.71	0.000
Item 16	3.24	1.11	-0.06	0.953	2.83	0.005	8.00	0.018
Item 17	3.27	1.11	-3.091	0.002	2.43	0.015	15.48	0.000
Item 18	3.40	1.42	-0.78	0.435	-5.19	0.000	27.55	0.000
Item 19	3.66	1.20	-4.81	0.000	1.17	0.242	24.56	0.000
Item 20	3.67	1.24	-3.15	0.002	-0.08	0.934	9.91	0.007
Item 21	3.01	1.08	2.90	0.004	5.43	0.000	37.90	0.000
Item 22	3.69	1.22	-4.47	0.000	1.17	0.244	21.32	0.000
Item 23	3.80	1.06	-7.67	0.000	9.61	0.000	151.15	0.000
Item 24	3.31	1.11	2.88	0.004	5.69	0.000	40.67	0.000
Item 25	3.01	1.12	2.62	0.009	3.34	0.001	17.99	0.000
Item 26	3.24	1.64	1.31	0.191	-10.58	0.000	113.57	0.000
Item 27	3.23	1.57	1.19	0.235	-9.15	0.000	85.12	0.000

**Tabla 3:****Estadísticos descriptivos y pruebas de normalidad univariada en los ítems del test y retest (cont.)**

Variable	Media	DT	Asimetría		Curtosis		Asimetría y Curtosis	
			Z	Prob.	Z	Prob.	X <sup>2</sup>	Prob.
Item 28	2.60	1.39	10.28	0.000	-3.25	0.001	116.30	0.000
Item 29	2.74	1.11	2.24	0.025	0.56	0.575	5.35	0.069
Item 30	3.33	1.13	-3.04	0.002	2.83	0.005	17.27	0.000
Item 31	3.51	1.21	-1.70	0.090	1.29	0.198	4.54	0.103
Item 32	3.38	1.09	-4.70	0.000	4.00	0.000	38.08	0.000
Item 33	3.97	1.04	-4.96	0.000	8.47	0.000	96.40	0.000
Item 34	3.38	1.17	-1.33	0.183	1.34	0.182	3.56	0.169
Item 35	3.34	1.15	-1.73	0.083	2.22	0.026	7.95	0.019
Item 36	3.28	1.05	-0.93	0.354	6.48	0.000	42.83	0.000
Item 37	3.92	1.19	-8.19	0.000	5.34	0.000	95.51	0.000
Itemr 1	3.91	1.09	-6.52	0.000	6.75	0.000	88.01	0.000
Itemr 2	4.35	1.06	-8.92	0.000	7.78	0.000	140.04	0.000
Itemr 3	3.81	1.10	-4.33	0.000	3.65	0.000	32.05	0.000
Itemr 4	3.19	1.43	2.73	0.006	-6.57	0.000	50.60	0.000
Itemr 5	3.07	1.22	4.29	0.000	-1.01	0.311	19.47	0.000
Itemr 6	2.78	1.31	5.21	0.000	-5.34	0.000	55.72	0.000
Itemr 7	3.41	1.32	-0.33	0.738	-4.11	0.000	17.00	0.000
Itemr 8	3.88	1.11	-7.26	0.000	4.52	0.000	73.07	0.000
Itemr 9	2.58	1.18	7.73	0.000	-1.01	0.310	60.86	0.000
Itemr 10	3.83	1.12	-6.91	0.000	4.12	0.000	64.67	0.000
Itemr 11	3.31	1.17	-0.27	0.784	0.38	0.701	0.22	0.895
Itemr 12	4.07	1.11	-9.15	0.000	6.93	0.000	131.76	0.000
Itemr 13	4.40	1.10	-8.48	0.000	4.75	0.000	94.41	0.000
Itemr 14	3.01	1.16	5.78	0.000	2.41	0.016	39.27	0.000
Itemr 15	3.05	1.16	3.70	0.000	1.17	0.241	15.06	0.001
Itemr 16	3.33	1.10	-0.80	0.425	1.79	0.073	3.85	0.146
Itemr 17	3.34	1.10	-2.22	0.026	2.48	0.013	11.10	0.004

**Tabla 3:****Estadísticos descriptivos y pruebas de normalidad univariada en los ítems del test y retest (cont.)**

Variable	Media	DT	Asimetría		Curtosis		Asimetría y Curtosis	
			Z	Prob.	Z	Prob.	X <sup>2</sup>	Prob.
Itemr 18	3.39	1.38	0.44	0.656	-4.95	0.000	24.73	0.000
Itemr 19	3.58	1.22	-1.89	0.059	-0.26	0.792	3.64	0.162
Itemr 20	3.60	1.22	-2.67	0.008	-0.22	0.823	7.20	0.027
Itemr 21	3.1	1.07	3.99	0.000	5.44	0.000	45.50	0.000
Itemr 22	3.58	1.20	-3.85	0.000	0.25	0.803	14.88	0.001
Itemr 23	3.81	1.09	-7.16	0.000	6.13	0.000	88.83	0.000
Itemr 24	3.35	1.10	3.13	0.002	4.67	0.000	31.62	0.000
Itemr 25	3.11	1.14	1.97	0.048	1.62	0.106	6.51	0.039
Itemr 26	3.20	1.57	1.43	0.151	-9.65	0.000	95.25	0.000
Itemr 27	3.20	1.54	1.24	0.215	-9.17	0.000	85.69	0.000
Itemr 28	2.66	1.35	8.22	0.000	-4.64	0.000	89.08	0.000
Itemr 29	2.80	1.10	1.59	0.111	0.11	0.913	2.55	0.279
Itemr 30	3.28	1.14	-1.98	0.047	1.35	0.178	5.75	0.056
Itemr 31	3.41	1.18	-1.78	0.075	0.57	0.569	3.50	0.174
Itemr 32	3.35	1.08	-2.11	0.035	3.75	0.000	18.48	0.000
Itemr 33	3.92	1.05	-5.17	0.000	6.88	0.000	74.09	0.000
Itemr 34	3.34	1.13	-1.13	0.258	1.95	0.051	5.09	0.078
Itemr 35	3.28	1.15	-1.33	0.183	0.28	0.776	1.85	0.396
Itemr 36	3.26	1.04	0.26	0.792	5.22	0.000	27.31	0.000
Itemr 37	3.92	1.20	-7.48	0.000	2.58	0.010	62.63	0.000



**Tabla 4:****Índices de ajuste del Modelo del AFC y otros modelos ya publicados**

<b>Indicador</b>	<b>Capafons, Mendoza et al. (2008)</b>	<b>Carvalho et al. (2007)</b>	<b>Green et al. (2012)</b>	<b>Capafons et al. (2015)</b>	<b>Modelo actual</b>
RMSEA	.069	.061	.058	.050	.050
NNFI	.933	.947	.954	.950	.950
SRMR	.131	.104	.104	.078	.073
CFI	.939	.950	.958	.950	.960
$\chi^2$ ajustada de Satorra-Bentler	2009.02	1714.07	1500.10	2972.02	4262.49
Grados de libertad	602	601	566	566	531

Tabla 5:

Matriz de correlaciones entre los ítems del test

	ITEM4	ITEM7	ITEM16	ITEM18	ITEM19	ITEM20	ITEM3	ITEM30	ITEM31	ITEM32	ITEM33	ITEM1
ITEM4	1.00											
ITEM7	0.25	1.00										
ITEM16	-0.18	-0.12	1.00									
ITEM18	0.57	0.35	-0.21	1.00								
ITEM19	0.34	0.44	-0.21	0.55	1.00							
ITEM20	0.37	0.33	-0.43	0.52	0.59	1.00						
ITEM3	0.08	0.23	0.12	0.14	0.17	0.05	1.00					
ITEM30	0.05	0.15	0.20	0.10	0.10	0.00	0.20	1.00				
ITEM31	0.10	0.27	0.13	0.22	0.22	0.14	0.25	0.41	1.00			
ITEM32	0.09	0.14	0.15	0.13	0.12	0.06	0.22	0.39	0.42	1.00		
ITEM33	0.12	0.25	0.00	0.17	0.23	0.19	0.33	0.17	0.28	0.24	1.00	
ITEM1	-0.03	-0.02	0.27	0.02	0.03	-0.08	0.27	0.22	0.22	0.19	0.12	1.00
ITEM10	-0.04	-0.06	0.31	-0.02	0.00	-0.09	0.20	0.21	0.19	0.21	0.12	0.57
ITEM12	-0.05	0.01	0.31	-0.02	0.01	-0.08	0.28	0.26	0.24	0.23	0.18	0.54
ITEM17	-0.06	-0.11	0.46	-0.06	-0.10	-0.17	0.11	0.14	0.11	0.16	0.03	0.31
ITEM23	-0.02	-0.06	0.35	-0.01	0.01	-0.11	0.21	0.21	0.20	0.20	0.12	0.51
ITEM29	0.01	0.00	0.30	0.03	-0.02	-0.09	0.14	0.38	0.24	0.28	0.06	0.31
ITEM37	-0.07	-0.07	0.32	-0.05	-0.02	-0.11	0.21	0.24	0.21	0.22	0.18	0.50
ITEM14	-0.01	-0.25	0.29	-0.11	-0.20	-0.16	-0.07	0.01	-0.13	0.02	-0.12	0.08
ITEM15	-0.07	-0.32	0.32	-0.14	-0.26	-0.22	-0.06	0.01	-0.12	0.04	-0.10	0.10
ITEM21	0.13	0.03	0.13	0.15	0.05	0.03	0.03	0.13	0.05	0.10	-0.04	0.08
ITEM22	0.25	0.49	-0.19	0.37	0.54	0.44	0.18	0.06	0.24	0.10	0.24	-0.01
ITEM24	-0.04	-0.23	0.22	-0.08	-0.16	-0.13	0.00	0.03	-0.03	0.03	-0.08	0.04
ITEM25	-0.10	-0.38	0.32	-0.20	-0.34	-0.28	-0.09	0.02	-0.14	0.05	-0.18	0.11
ITEM2	-0.02	-0.01	0.11	0.00	0.05	0.01	0.32	0.13	0.15	0.17	0.19	0.42
ITEM8	0.07	-0.02	0.04	0.01	0.00	0.05	0.18	0.05	0.06	0.09	0.10	0.18
ITEM13	-0.07	-0.03	0.12	-0.07	0.01	0.02	0.19	0.04	0.08	0.09	0.17	0.24
ITEM26	-0.29	-0.14	0.35	-0.22	-0.14	-0.25	0.11	0.25	0.14	0.19	0.05	0.35
ITEM27	-0.30	-0.18	0.35	-0.24	-0.14	-0.26	0.08	0.24	0.15	0.18	0.04	0.35
ITEM28	-0.18	-0.10	0.33	-0.16	-0.12	-0.24	0.09	0.30	0.17	0.23	0.03	0.26
ITEM5	0.21	0.42	0.09	0.20	0.27	0.14	0.18	0.14	0.19	0.16	0.11	0.05
ITEM6	0.14	0.41	0.10	0.24	0.22	0.14	0.24	0.23	0.23	0.22	0.13	0.21
ITEM9	0.10	0.18	0.23	0.18	0.14	0.03	0.16	0.22	0.24	0.21	0.04	0.26
ITEM34	0.09	0.22	-0.03	0.14	0.12	0.12	0.10	0.14	0.16	0.15	0.23	-0.06
ITEM35	0.12	0.27	0.00	0.15	0.17	0.17	0.17	0.12	0.20	0.15	0.23	-0.05
ITEM36	0.17	0.34	-0.04	0.26	0.30	0.23	0.18	0.17	0.23	0.20	0.23	0.00

Tabla 5:

Matriz de correlaciones entre los ítems del test (continuación)

	ITEM10	ITEM12	ITEM17	ITEM23	ITEM29	ITEM37	ITEM14	ITEM15	ITEM21	ITEM22	ITEM24	ITEM25
ITEM10	1.00											
ITEM12	0.66	1.00										
ITEM17	0.38	0.35	1.00									
ITEM23	0.63	0.62	0.36	1.00								
ITEM29	0.34	0.29	0.34	0.34	1.00							
ITEM37	0.61	0.62	0.33	0.66	0.34	1.00						
ITEM14	0.09	0.04	0.30	0.08	0.18	0.07	1.00					
ITEM15	0.15	0.09	0.39	0.16	0.22	0.12	0.58	1.00				
ITEM21	0.05	0.01	0.17	0.10	0.21	0.05	0.27	0.27	1.00			
ITEM22	-0.04	0.00	-0.14	-0.02	-0.05	-0.03	-0.30	-0.36	-0.02	1.00		
ITEM24	0.09	0.07	0.20	0.13	0.18	0.10	0.36	0.37	0.24	-0.26	1.00	
ITEM25	0.13	0.08	0.34	0.16	0.26	0.11	0.49	0.55	0.25	-0.45	0.44	1.00
ITEM2	0.36	0.41	0.19	0.31	0.08	0.34	0.06	0.02	-0.01	-0.01	0.05	0.05
ITEM8	0.20	0.22	0.18	0.17	0.03	0.19	0.13	0.12	0.05	-0.03	0.09	0.11
ITEM13	0.30	0.40	0.16	0.26	0.04	0.29	0.06	0.04	-0.03	-0.01	0.12	0.02
ITEM26	0.36	0.36	0.27	0.33	0.45	0.40	0.13	0.18	0.07	-0.16	0.13	0.23
ITEM27	0.35	0.34	0.27	0.33	0.44	0.40	0.14	0.20	0.09	-0.16	0.13	0.24
ITEM28	0.28	0.25	0.28	0.26	0.54	0.30	0.19	0.23	0.17	-0.15	0.17	0.23
ITEM5	0.02	0.04	-0.02	0.04	0.12	0.00	-0.07	-0.07	0.13	0.31	-0.01	-0.15
ITEM6	0.16	0.16	0.11	0.17	0.24	0.11	-0.03	-0.04	0.19	0.20	-0.04	-0.09
ITEM9	0.28	0.20	0.21	0.22	0.38	0.20	0.09	0.10	0.20	0.05	0.03	0.07
ITEM34	-0.10	-0.04	0.01	-0.08	0.06	-0.07	0.00	-0.03	0.13	0.15	0.03	-0.05
ITEM35	-0.03	0.01	0.00	-0.01	0.07	0.02	-0.02	-0.05	0.07	0.22	0.03	-0.08
ITEM36	-0.02	0.00	0.01	-0.03	0.09	0.00	-0.09	-0.07	0.08	0.30	-0.02	-0.14

Tabla 5:

Matriz de correlaciones entre los ítems del test (continuación)

	ITEM2	ITEM8	ITEM13	ITEM26	ITEM27	ITEM28	ITEM5	ITEM6	ITEM9	ITEM34	ITEM35	ITEM36
ITEM2	1.00											
ITEM8	0.41	1.00										
ITEM13	0.50	0.40	1.00									
ITEM26	0.20	0.08	0.18	1.00								
ITEM27	0.20	0.07	0.16	0.91	1.00							
ITEM28	0.10	0.04	0.05	0.74	0.75	1.00						
ITEM5	-0.11	-0.20	-0.14	0.00	-0.04	0.06	1.00					
ITEM6	0.01	-0.01	-0.11	0.10	0.09	0.17	0.44	1.00				
ITEM9	-0.02	-0.03	-0.12	0.24	0.22	0.29	0.28	0.52	1.00			
ITEM34	-0.06	-0.02	-0.03	-0.02	0.00	0.06	0.15	0.23	0.14	1.00		
ITEM35	0.02	0.02	0.01	-0.05	-0.06	-0.02	0.21	0.17	0.10	0.32	1.00	
ITEM36	0.03	0.02	-0.04	-0.10	-0.09	0.00	0.25	0.20	0.14	0.32	0.44	1.00

**Tabla 6:**

**Fiabilidad de las dimensiones obtenidas a partir del modelo de medida estructural (Raykov),  $\alpha$  de Cronbach y test re-test.**

	<b>Miedo</b>	<b>Memoria</b>	<b>Ayuda</b>	<b>Control</b>	<b>Colaboración</b>	<b>Interés</b>	<b>Mágica</b>	<b>Marginal</b>
$\rho_{xx'}$	0.70	0.67	0.64	0.52	0.59	0.83	0.72	0.7
$\alpha$	0.69	0.65	0.79	0.54	0.65	0.9	0.63	0.61
TRT-AFC	0.91	0.99	0.92	0.89	0.99	0.87	0.98	0.99

**Tabla 7:**

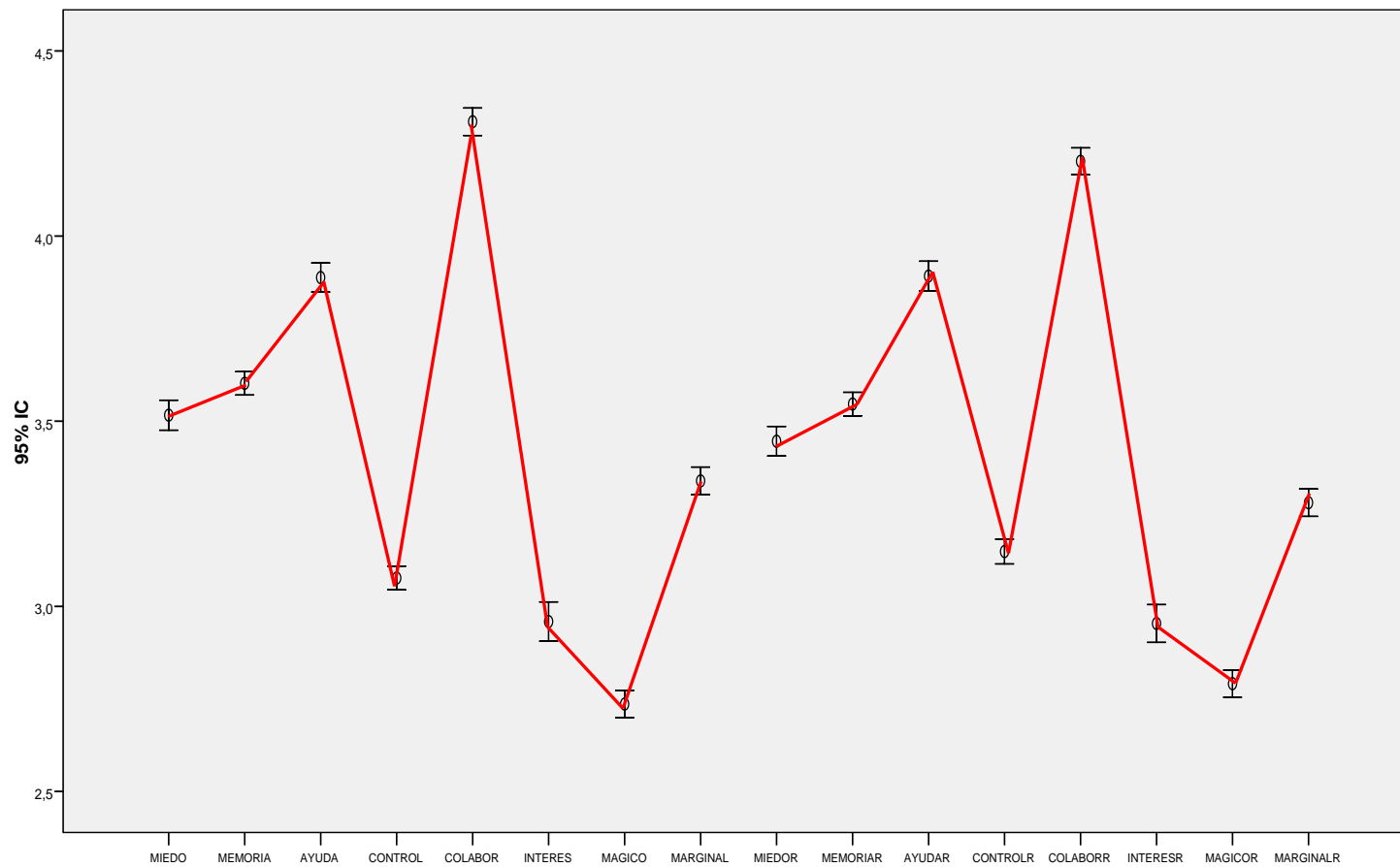
**Datos descriptivos de los factores de la EVACH-C en el test y en el retest**

	<b>Test</b>		<b>Retest</b>	
	<b>Media</b>	<b>D.T.</b>	<b>Media</b>	<b>D.T.</b>
Miedo	3.52	.92	3.45	.90
Memoria	3.60	.72	3.55	.72
Ayuda	3.89	.89	3.89	.91
Control	3.08	.73	3.15	.76
Colaboración	4.31	.84	4.20	.83
Interés	2.96	1.20	2.95	1.16
Mágica	2.74	.84	2.79	.83
Marginal	3.34	.85	3.28	.84

**Nota.** D.T. = Desviación típica

**Figura 1.**

**Promedios y bandas de error (95%) de los factores de la EVACH-C como perfiles en el test y en el retest**



**Tabla 8:****Contrastes multivariados del perfil de dimensiones de hipnosis respecto a los grupos de sexo del estudiante.****Contrastes multivariados<sup>b</sup>**

Efecto		Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Significación	Eta al cuadrado parcial
Intersección	Traza de Pillai	,986	17376,124 <sup>a</sup>	8,000	1968,000	,000	,986
	Lambda de Wilks	,014	17376,124 <sup>a</sup>	8,000	1968,000	,000	,986
	Traza de Hotelling	70,635	17376,124 <sup>a</sup>	8,000	1968,000	,000	,986
	Raíz mayor de Roy	70,635	17376,124 <sup>a</sup>	8,000	1968,000	,000	,986
Sexo	Traza de Pillai	,039	9,969 <sup>a</sup>	8,000	1968,000	,000	,039
	Lambda de Wilks	,961	9,969 <sup>a</sup>	8,000	1968,000	,000	,039
	Traza de Hotelling	,041	9,969 <sup>a</sup>	8,000	1968,000	,000	,039
	Raíz mayor de Roy	,041	9,969 <sup>a</sup>	8,000	1968,000	,000	,039

a. Estadístico exacto

b. Diseño: Intersección+Sexo



**Tabla 9:**

**Pruebas de Levene sobre la homogeneidad de las varianzas de las dimensiones respecto a los grupos de sexo del estudiante.**

**Contraste de Levene sobre la igualdad de las varianzas error<sup>a</sup>**

	F	gl1	gl2	Significación
MIEDO	,035	1	1975	,851
MEMORIA	4,139	1	1975	,042
AYUDA	7,823	1	1975	,005
CONTROL	8,011	1	1975	,005
COLABORACIÓN	8,778	1	1975	,003
INTERES	2,509	1	1975	,113
MAGICO	1,978	1	1975	,160
MARGINAL	,004	1	1975	,952

Contrasta la hipótesis nula de que la varianza error de la variable dependiente es igual a lo largo de todos los grupos.

a. Diseño: Intersección+Sexo

Tabla 10:

## Contrastes univariados de las dimensiones con respecto al sexo.

## Pruebas de los efectos inter-sujetos

Fuente	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significación	Eta al cuadrado parcial
Modelo corregido	MIEDO	,987 <sup>a</sup>	1	,987	1,168	,280	,001
	MEMORIA	1,213 <sup>b</sup>	1	1,213	2,361	,125	,001
	AYUDA	13,289 <sup>c</sup>	1	13,289	16,975	,000	,009
	CONTROL	8,294 <sup>d</sup>	1	8,294	15,837	,000	,008
	COLABORACIÓN	11,324 <sup>e</sup>	1	11,324	16,169	,000	,008
	INTERES	,051 <sup>f</sup>	1	,051	,035	,852	,000
	MAGICO	2,447 <sup>g</sup>	1	2,447	3,498	,062	,002
	MARGINAL	13,439 <sup>h</sup>	1	13,439	18,895	,000	,009
Intersección	MIEDO	21922,735	1	21922,735	25957,747	,000	,929
	MEMORIA	22999,437	1	22999,437	44767,683	,000	,958
	AYUDA	26540,841	1	26540,841	33901,463	,000	,945
	CONTROL	16618,627	1	16618,627	31730,36	,000	,941
	COLABORACIÓN	32673,865	1	32673,865	46651,453	,000	,959
	INTERES	15569,622	1	15569,622	10734,367	,000	,845
	MAGICO	13443,316	1	13443,316	19220,707	,000	,907
	MARGINAL	20176,257	1	20176,257	28367,181	,000	,935
Sexo	MIEDO	,987	1	,987	1,168	,280	,001
	MEMORIA	1,213	1	1,213	2,361	,125	,001
	AYUDA	13,289	1	13,289	16,975	,000	,009
	CONTROL	8,294	1	8,294	15,837	,000	,008
	COLABORACIÓN	11,324	1	11,324	16,169	,000	,008
	INTERES	,051	1	,051	,035	,852	,000
	MAGICO	2,447	1	2,447	3,498	,062	,002
	MARGINAL	13,439	1	13,439	18,895	,000	,009
Error	MIEDO	1667,995	1975	0,845			
	MEMORIA	1014,658	1975	0,514			
	AYUDA	1546,192	1975	0,783			
	CONTROL	1034,397	1975	0,524			
	COLABORACIÓN	1383,256	1975	,7			
	INTERES	2864,631	1975	1,45			
	MAGICO	1381,351	1975	0,699			
	MARGINAL	1404,726	1975	0,711			
Total	MIEDO	26111,75	1977				
	MEMORIA	26668,04	1977				
	AYUDA	31443,52	1977				
	CONTROL	19754,25	1977				
	COLABORACIÓN	38097,667	1977				
	INTERES	20170,563	1977				
	MAGICO	16182,625	1977				
	MARGINAL	23456	1977				
Total corregida	MIEDO	1668,982	1976				
	MEMORIA	1015,871	1976				
	AYUDA	1559,481	1976				
	CONTROL	1042,691	1976				
	COLABORACIÓN	1394,58	1976				
	INTERES	2864,682	1976				
	MAGICO	1383,798	1976				
	MARGINAL	1418,165	1976				

<sup>a</sup> R cuadrado = ,001 (R cuadrado corregida = ,000)<sup>b</sup> R cuadrado = ,001 (R cuadrado corregida = ,001)<sup>c</sup> R cuadrado = ,009 (R cuadrado corregida = ,008)<sup>d</sup> R cuadrado = ,008 (R cuadrado corregida = ,007)<sup>e</sup> R cuadrado = ,008 (R cuadrado corregida = ,008)<sup>f</sup> R cuadrado = ,000 (R cuadrado corregida = ,000)<sup>g</sup> R cuadrado = ,002 (R cuadrado corregida = ,001)<sup>h</sup> R cuadrado = ,009 (R cuadrado corregida = ,009)

**Tabla 11:**

**Contrastes multivariados del perfil de dimensiones de hipnosis respecto a los grupos de curso del estudiante.**

**Contrastes multivariados<sup>c</sup>**

Efecto		Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Significación	Eta al cuadrado parcial
Intersección	Traza de Pillai	,961	5783,461 <sup>a</sup>	8,000	1863,000	,000	,961
	Lambda de Wilks	,039	5783,461 <sup>a</sup>	8,000	1863,000	,000	,961
	Traza de Hotelling	24,835	5783,461 <sup>a</sup>	8,000	1863,000	,000	,961
	Raíz mayor de Roy	24,835	5783,461 <sup>a</sup>	8,000	1863,000	,000	,961
Curso	Traza de Pillai	,116	4,62	48,000	11208,000	,000	,019
	Lambda de Wilks	,886	4,764	48,000	9170,804	,000	,020
	Traza de Hotelling	,126	4,897	48,000	11168,000	,000	,021
	Raíz mayor de Roy	,103	24,115 <sup>b</sup>	8,000	1868,000	,000	,094

<sup>a</sup>. Estadístico exacto

<sup>b</sup>. El estadístico es un límite superior para la F el cual ofrece un límite inferior para el nivel de significación.

<sup>c</sup>. Diseño: Intersección+Curso

**Tabla 12:**

**Pruebas de Levene sobre la homogeneidad de las varianzas de las dimensiones en los cursos.**

**Contraste de Levene sobre la igualdad de las varianzas error<sup>a</sup>**

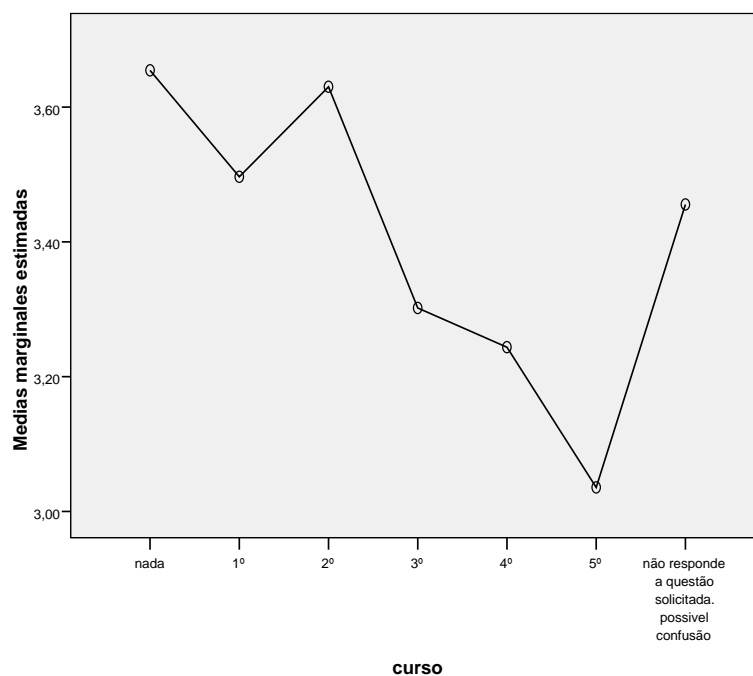
	F	gl1	gl2	Significación
MIEDO	2,429	6	1870	,024
MEMORIA	1,837	6	1870	,088
AYUDA	2,74	6	1870	,012
CONTROL	0,521	6	1870	,793
COLABORACIÓN	2,277	6	1870	,034
INTERES	,714	6	1870	,639
MAGICO	,913	6	1870	,485
MARGINAL	1,866	6	1870	,083

Contrasta la hipótesis nula de que la varianza error de la variable dependiente es igual a lo largo de todos los grupos.

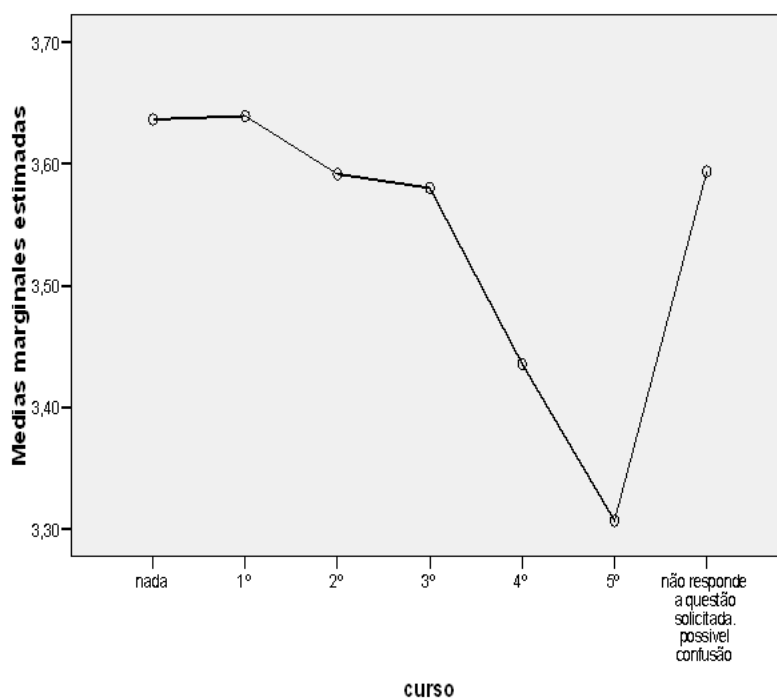
<sup>a</sup>. Diseño: Intersección+Curso.

## Gráficos 2:

Medias marginales estimadas de MIEDO

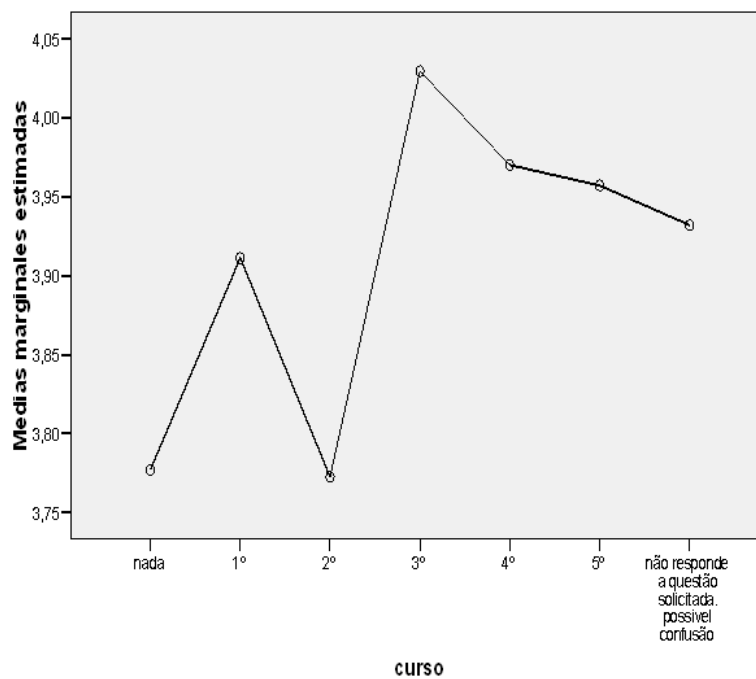


Medias marginales estimadas de MEMORIA

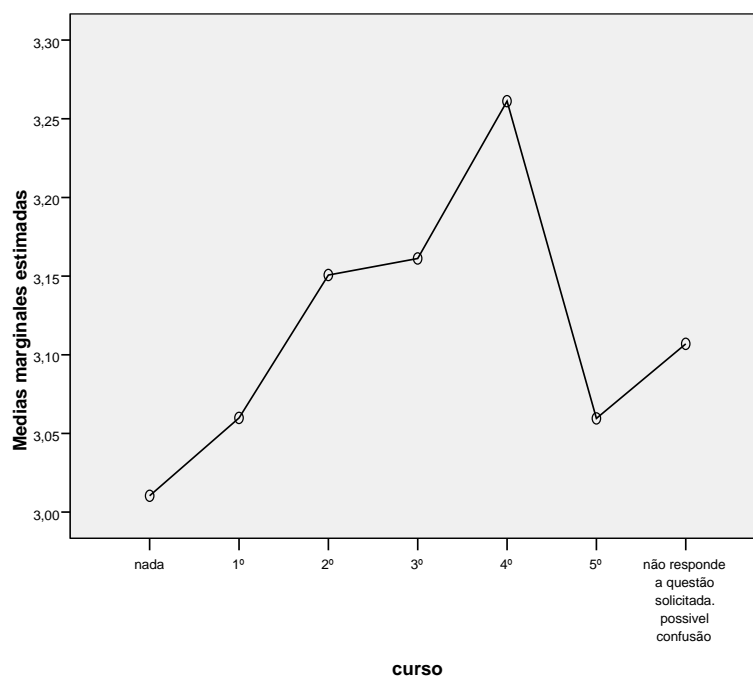


### Gráficos 3:

Medias marginales estimadas de AYUDA

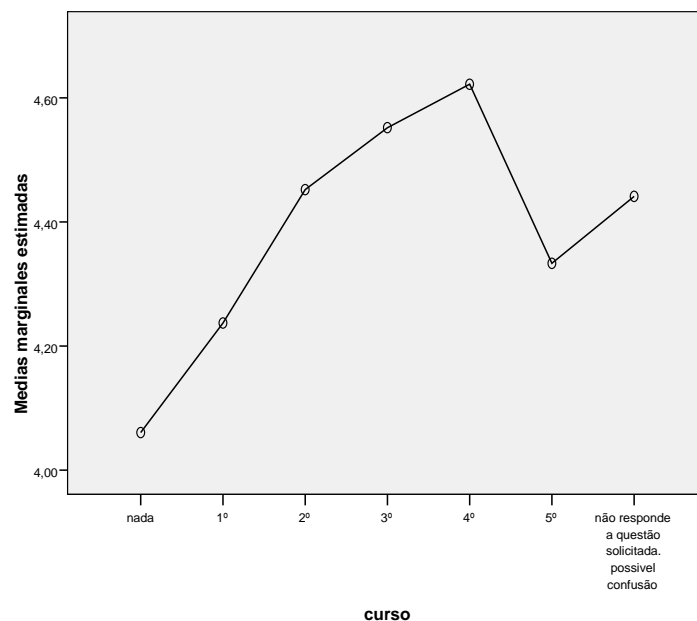


Medias marginales estimadas de CONTROL

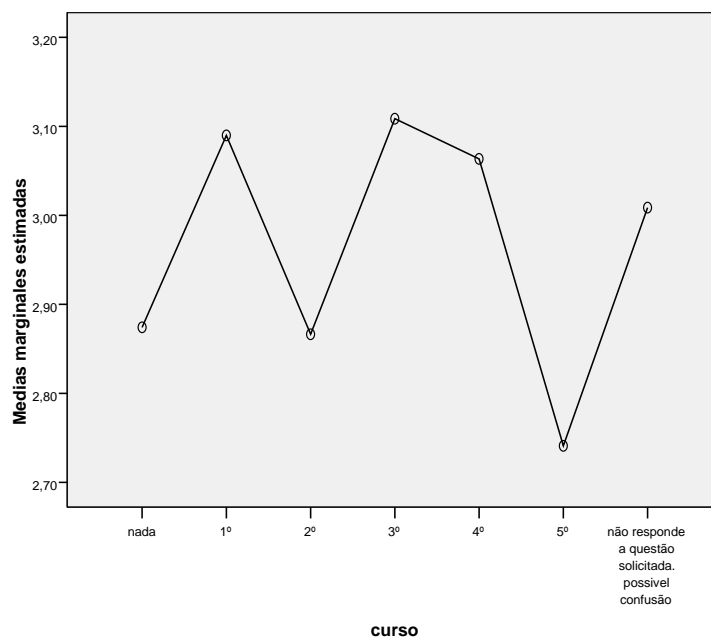


## Gráficos 4:

Medias marginales estimadas de COLABOR

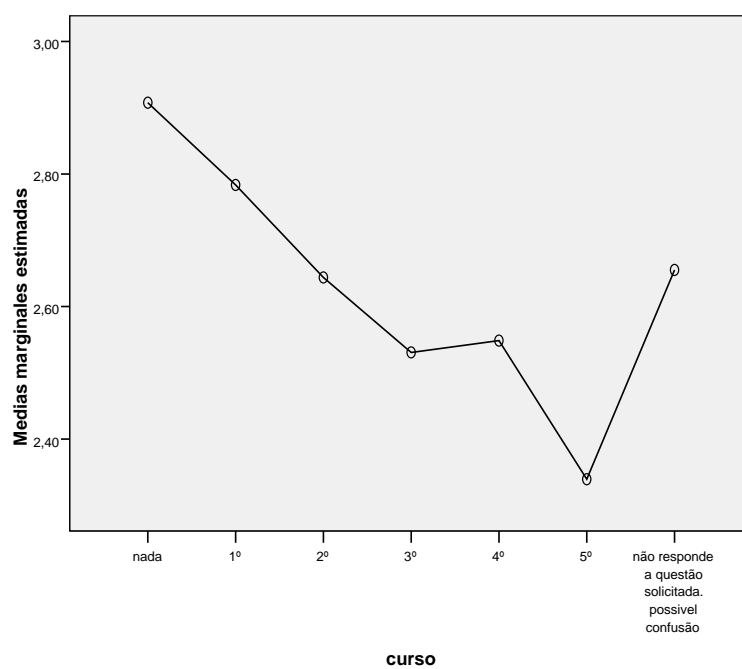


Medias marginales estimadas de INTERES



## Gráficos 5:

Medias marginales estimadas de MAGICO



Medias marginales estimadas de MARGINAL

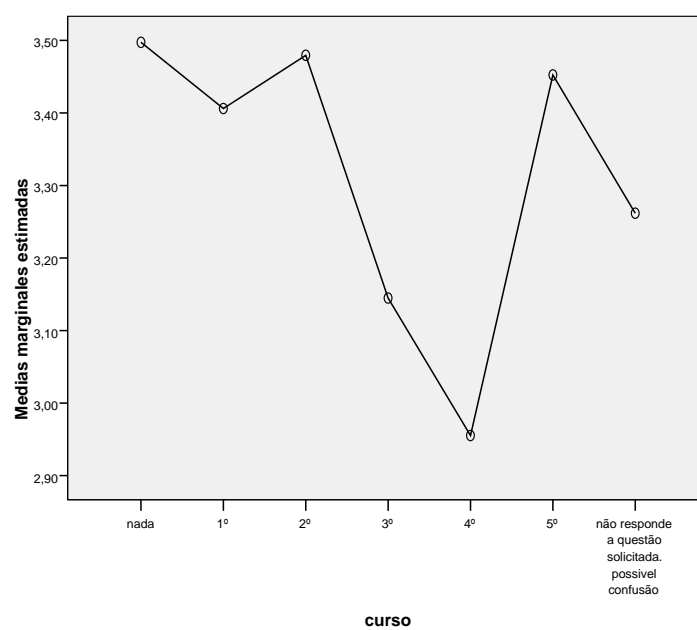




Tabla 13:

## Contrastes univariados de las dimensiones en los cursos.

## Pruebas de los efectos inter-sujetos

Fuente	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significación	Eta al cuadrado parcial
Modelo corregido	MIEDO	33,238 <sup>a</sup>	6	5,54	6,721	,000	,021
	MEMORIA	5,371 <sup>b</sup>	6	,895	1,764	0,103	,006
	AYUDA	13,420 <sup>c</sup>	6	2,237	2,848	0,009	,009
	CONTROL	7,144 <sup>d</sup>	6	1,191	2,250	0,036	,007
	COLABORACIÓN	69,730 <sup>e</sup>	6	11,622	17,139	,000	,052
	INTERES	14,316 <sup>f</sup>	6	2,386	1,648	0,130	,005
	MAGICO	37,043 <sup>g</sup>	6	6,174	9,129	,000	,028
	MARGINAL	37,748 <sup>g</sup>	6	6,291	9,110	,000	,028
Intersección	MIEDO	6886,47	1	6886,47	8354,930	,000	,817
	MEMORIA	7457,095	1	7457,095	14693,148	,000	,887
	AYUDA	9080,162	1	9080,162	11562,477	,000	,861
	CONTROL	5774,151	1	5774,151	10913,025	,000	,854
	COLABORACIÓN	11439,447	1	11439,447	16870,136	,000	,900
	INTERES	5227,796	1	5227,796	3610,162	,000	,659
	MAGICO	4113,628	1	4113,628	6082,511	,000	,765
	MARGINAL	6532,131	1	6532,131	9458,934	,000	,835
Curso	MIEDO	33,238	6	5,54	6,721	,000	,021
	MEMORIA	5,371	6	,895	1,764	0,103	,006
	AYUDA	13,42	6	2,237	2,848	0,009	,009
	CONTROL	7,144	6	1,191	2,250	0,036	,007
	COLABORACIÓN	69,73	6	11,622	17,139	,000	,052
	INTERES	14,316	6	2,386	1,648	0,130	,005
	MAGICO	37,043	6	6,174	9,129	,000	,028
	MARGINAL	37,748	6	6,291	9,110	,000	,028
Error	MIEDO	1541,329	1870	,824			
	MEMORIA	949,066	1870	,508			
	AYUDA	1468,535	1870	,785			
	CONTROL	989,429	1870	,529			
	COLABORACIÓN	1268,026	1870	,678			
	INTERES	2707,906	1870	1,448			
	MAGICO	1264,689	1870	,676			
	MARGINAL	1291,381	1870	,691			
Total	MIEDO	24697,5	1877				
	MEMORIA	25296,2	1877				
	AYUDA	29726,96	1877				
	CONTROL	18805,667	1877				
	COLABORACIÓN	36166	1877				
	INTERES	19252,688	1877				
	MAGICO	15336,125	1877				
	MARGINAL	22347,222	1877				
Total corregida	MIEDO	1574,568	1876				
	MEMORIA	954,437	1876				
	AYUDA	1481,956	1876				
	CONTROL	996,573	1876				
	COLABORACIÓN	1337,755	1876				
	INTERES	2722,221	1876				
	MAGICO	1301,732	1876				
	MARGINAL	1329,129	1876				

<sup>a</sup>. R cuadrado = ,021 (R cuadrado corregida = ,018)<sup>b</sup>. R cuadrado = ,006 (R cuadrado corregida = ,002)<sup>c</sup>. R cuadrado = ,009 (R cuadrado corregida = ,006)<sup>d</sup>. R cuadrado = ,007 (R cuadrado corregida = ,004)<sup>e</sup>. R cuadrado = ,052 (R cuadrado corregida = ,049)<sup>f</sup>. R cuadrado = ,005 (R cuadrado corregida = ,002)<sup>g</sup>. R cuadrado = ,028 (R cuadrado corregida = ,025)

**Tabla 14:**

**Contrastes multivariados del perfil de dimensiones de hipnosis respecto a los grupos de información recibida sobre la misma.**

**Contrastes multivariados<sup>c</sup>**

Efecto		Valor	F	Gl de la Hipótesis	Gl del error	Significación	Eta al cuadrado parcial
Intersección	Traza de Pillai	,970	7841,353 <sup>a</sup>	8,000	1964,000	,000	,970
	Lambda de Wilks	,030	7841,353 <sup>a</sup>	8,000	1964,000	,000	,970
	Traza de Hotelling	31,940	7841,353 <sup>a</sup>	8,000	1964,000	,000	,970
	Raíz mayor de Roy	31,940	7841,353 <sup>a</sup>	8,000	1964,000	,000	,970
GR_INF	Traza de Pillai	,139	11,964	24,000	5898,000	,000	,046
	Lambda de Wilks	,862	12,427	24,000	5696,799	,000	,048
	Traza de Hotelling	,158	12,883	24,000	5888,000	,000	,050
	Raíz mayor de Roy	,144	35,384 <sup>b</sup>	8,000	1966,000	,000	,126

<sup>a</sup>. Estadístico exacto

<sup>b</sup>. El estadístico es un límite superior para la F el cual ofrece un límite inferior para el nivel de significación.

<sup>c</sup>. Diseño: Intersección+GR\_INF

**Tabla 15:**

**Pruebas de Levene sobre la homogeneidad de las varianzas de las dimensiones en los grupos de Información recibida respecto a la Hipnosis.**

**Contraste de Levene sobre la igualdad de las varianzas error<sup>a</sup>**

	F	gl1	gl2	Significación
MIEDO	5,561	3	1971	,001
MEMORIA	,915	3	1971	,433
AYUDA	1,849	3	1971	,136
CONTROL	3,270	3	1971	,020
COLABORACIÓN	1,283	3	1971	,279
INTERES	,532	3	1971	,660
MAGICO	,854	3	1971	,464
MARGINAL	6,921	3	1971	,000

Contrasta la hipótesis nula de que la varianza error de la variable dependiente es igual a lo largo de todos los grupos.

<sup>a</sup>. Diseño: Intersección+GR\_INF

Tabla 16:

**Contrastes univariados de las dimensiones de hipnosis respecto a los grupos de Información recibida sobre la misma.**

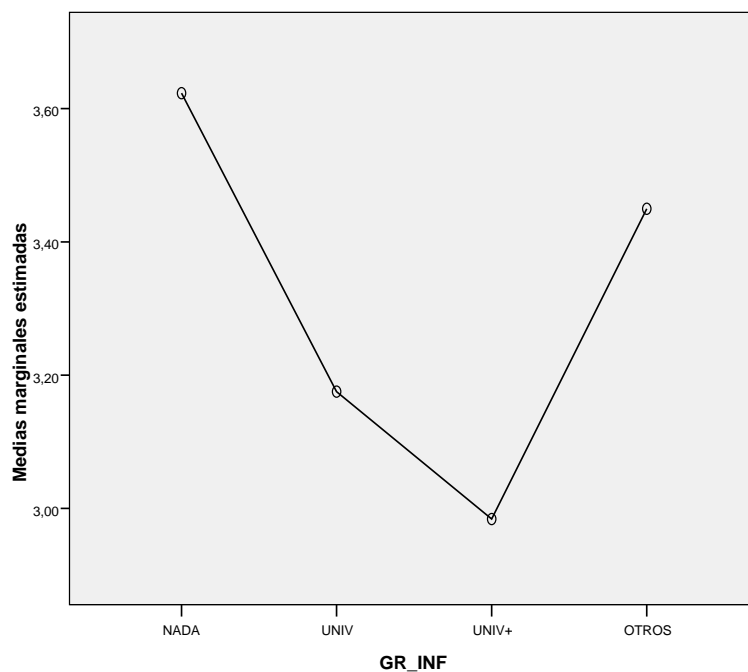
## Pruebas de los efectos inter-sujetos

Fuente	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significación	Eta al cuadrado parcial
Modelo corregido	IEDO	72,818 <sup>a</sup>	3	24,273	30,088	,000	,044
	MEMORIA	13,829 <sup>b</sup>	3	4,610	9,082	,000	,014
	AYUDA	62,098 <sup>c</sup>	3	20,699	27,270	,000	,040
	CONTROL	22,502 <sup>d</sup>	3	7,501	14,496	,000	,022
	COLABORACIÓN	40,341 <sup>e</sup>	3	13,447	19,574	,000	,029
	INTERES	41,919 <sup>f</sup>	3	13,973	9,792	,000	,015
	MAGICO	24,337 <sup>g</sup>	3	8,112	11,770	,000	,018
	MARGINAL	71,100 <sup>h</sup>	3	23,700	34,689	,000	,050
Intersección	IEDO	8794,910	1	8794,910	10902,162	,000	,847
	MEMORIA	9960,811	1	9960,811	19624,027	,000	,909
	AYUDA	13150,411	1	13150,411	17324,508	,000	,898
	CONTROL	8155,623	1	8155,623	15761,837	,000	,889
	COLABORACIÓN	15889,461	1	15889,461	23129,267	,000	,921
	INTERES	7686,165	1	7686,165	5386,288	,000	,732
	MAGICO	5474,787	1	5474,787	7943,243	,000	,801
	MARGINAL	7917,051	1	7917,051	11587,845	,000	,855
GR_INF	IEDO	72,818	3	24,273	30,088	,000	,044
	MEMORIA	13,829	3	4,610	9,082	,000	,014
	AYUDA	62,098	3	20,699	27,270	,000	,040
	CONTROL	22,502	3	7,501	14,496	,000	,022
	COLABORACIÓN	40,341	3	13,447	19,574	,000	,029
	INTERES	41,919	3	13,973	9,792	,000	,015
	MAGICO	24,337	3	8,112	11,770	,000	,018
	MARGINAL	71,100	3	23,700	34,689	,000	,050
Error	IEDO	1590,030	1971	0,807			
	MEMORIA	1000,445	1971	0,508			
	AYUDA	1496,115	1971	0,759			
	CONTROL	1019,851	1971	0,517			
	COLABORACIÓN	1354,048	1971	0,687			
	INTERES	2812,592	1971	1,427			
	MAGICO	1358,489	1971	0,689			
	MARGINAL	1346,627	1971	0,683			
Total	IEDO	26079,944	1975				
	MEMORIA	26634,760	1975				
	AYUDA	31422,720	1975				
	CONTROL	19739,000	1975				
	COLABORACIÓN	38065,667	1975				
	INTERES	20130,563	1975				
	MAGICO	16172,000	1975				
	MARGINAL	23428,889	1975				
Total corregida	IEDO	1662,848	1974				
	MEMORIA	1014,274	1974				
	AYUDA	1558,214	1974				
	CONTROL	1042,353	1974				
	COLABORACIÓN	1394,389	1974				
	INTERES	2854,511	1974				
	MAGICO	1382,825	1974				
	MARGINAL	1417,727	1974				

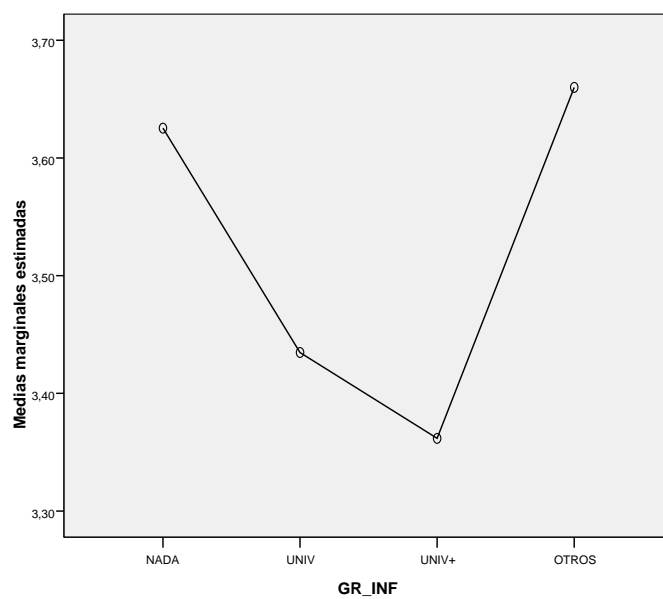
<sup>a</sup>. R cuadrado = ,044 (R cuadrado corregida = ,042)<sup>b</sup>. R cuadrado = ,014 (R cuadrado corregida = ,012)<sup>c</sup>. R cuadrado = ,040 (R cuadrado corregida = ,038)<sup>d</sup>. R cuadrado = ,022 (R cuadrado corregida = ,020)<sup>e</sup>. R cuadrado = ,029 (R cuadrado corregida = ,027)<sup>f</sup>. R cuadrado = ,015 (R cuadrado corregida = ,013)<sup>g</sup>. R cuadrado = ,018 (R cuadrado corregida = ,016)<sup>h</sup>. R cuadrado = ,050 (R cuadrado corregida = ,049)

## Gráficos 6:

Medias marginales estimadas de MIEDO

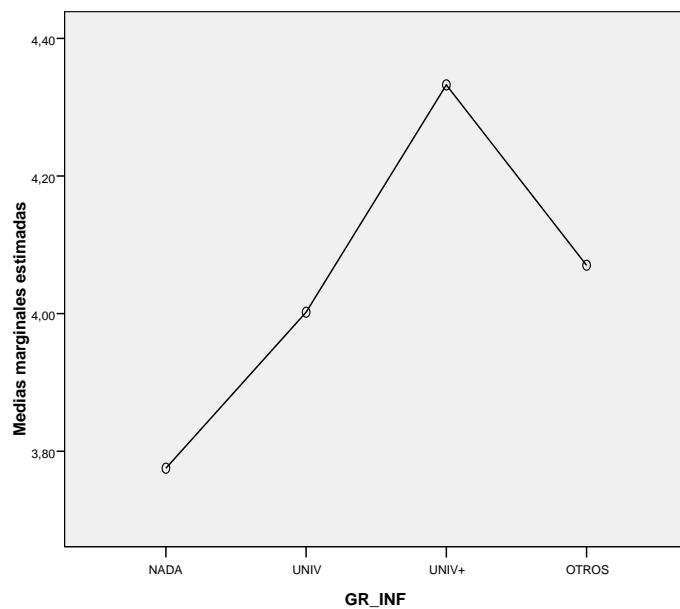


Medias marginales estimadas de MEMORIA

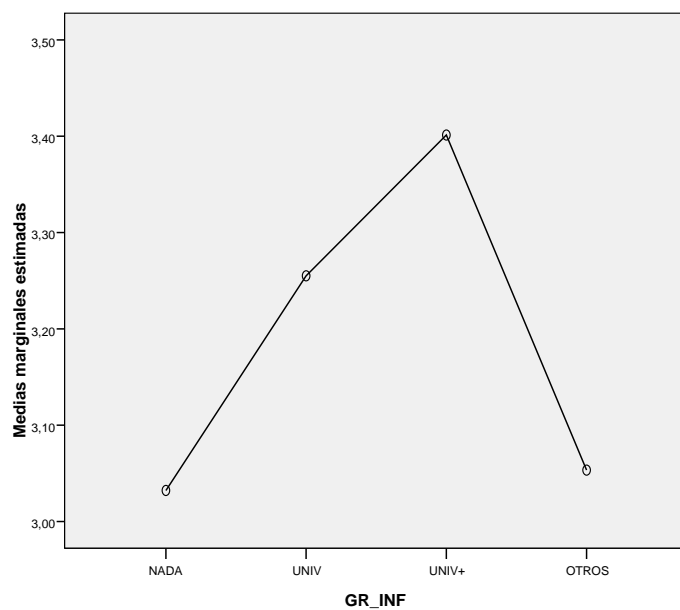


## Gráficos 7:

Medias marginales estimadas de AYUDA

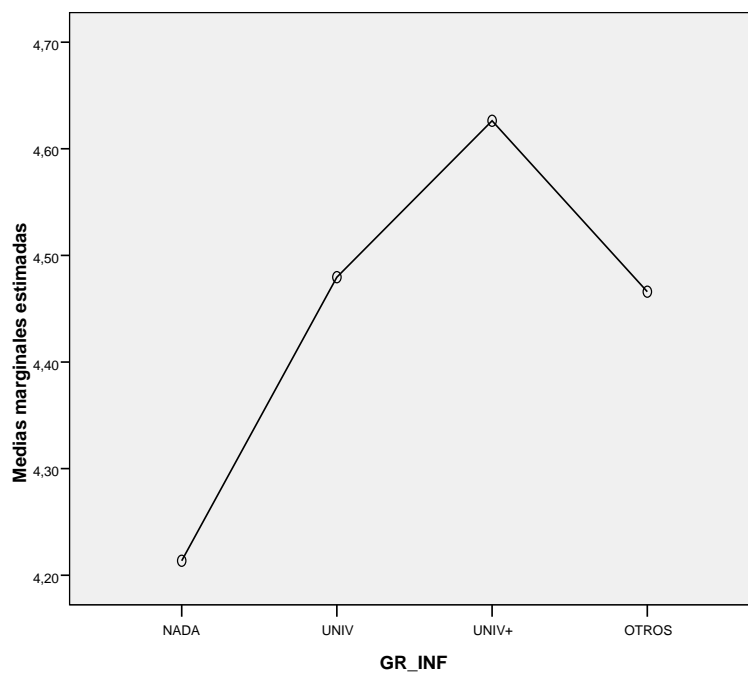


Medias marginales estimadas de CONTROL

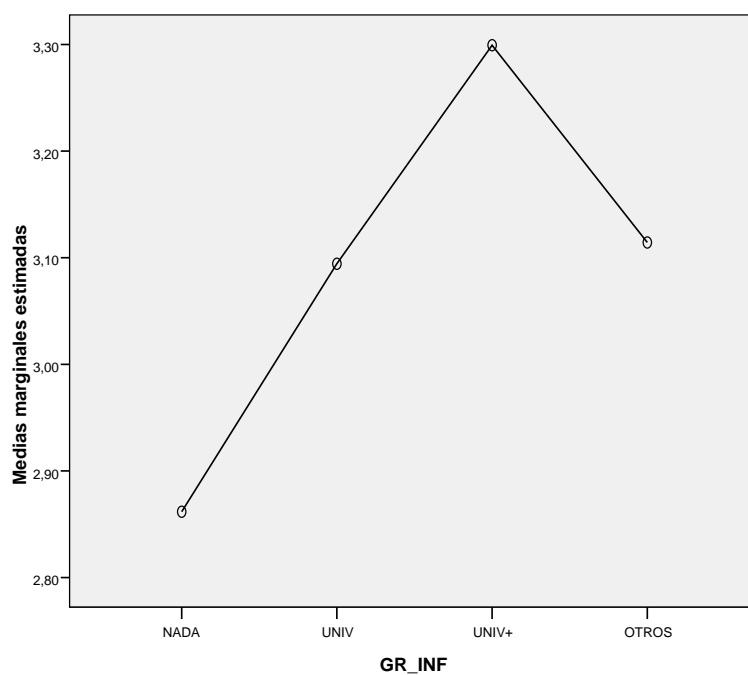


## Gráficos 8:

Medias marginales estimadas de COLABOR

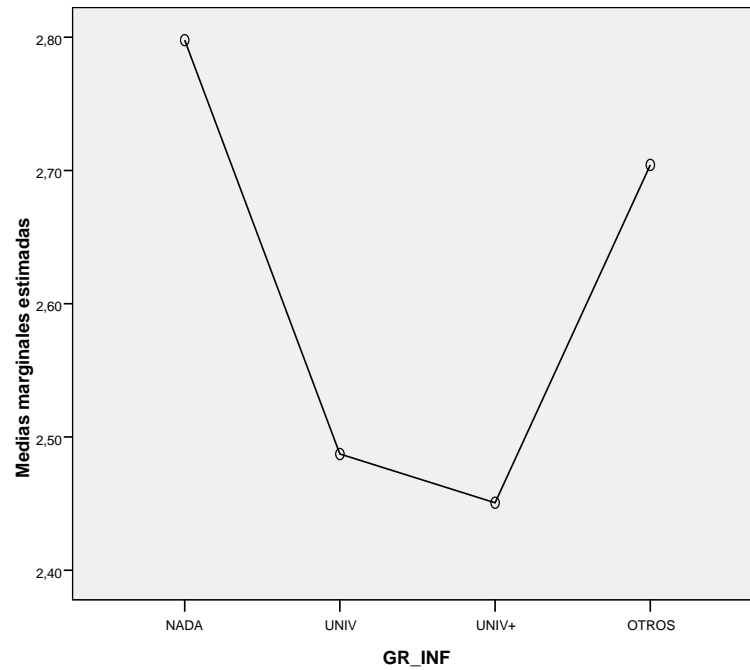


Medias marginales estimadas de INTERES

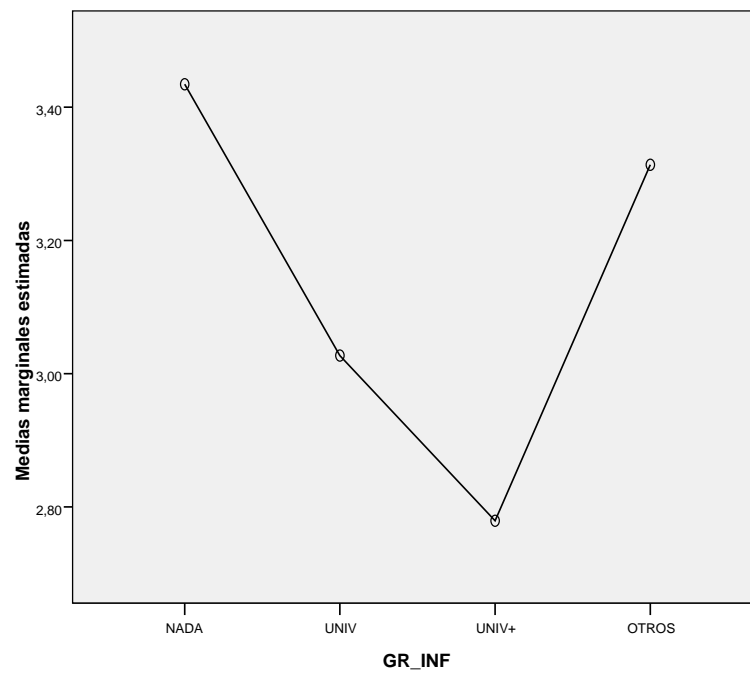


## Gráficos 9:

Medias marginales estimadas de MAGICO



Medias marginales estimadas de MARGINAL





**Tabla 17:**

**Contrastes multivariados del perfil de dimensiones de hipnosis respecto a la formación del estudiante.**

**Contrastes multivariados<sup>c</sup>**

Efecto		Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Significación	Eta al cuadrado parcial
Intersección	Traza de Pillai	,986	17710,615 <sup>a</sup>	8,000	1967,000	,000	,986
	Lambda de Wilks	,014	17710,615 <sup>a</sup>	8,000	1967,000	,000	,986
	Traza de Hotelling	72,031	17710,615 <sup>a</sup>	8,000	1967,000	,000	,986
	Raíz mayor de Roy	72,031	17710,615 <sup>a</sup>	8,000	1967,000	,000	,986
FORMR	Traza de Pillai	,137	18,155	16,000	3936,000	,000	,069
	Lambda de Wilks	,864	18,651 <sup>a</sup>	16,000	3934,000	,000	,071
	Traza de Hotelling	,156	19,147	16,000	3932,000	,000	,072
	Raíz mayor de Roy	,145	35,549 <sup>b</sup>	8,000	1968,000	,000	,126

<sup>a</sup>. Estadístico exacto

<sup>b</sup>. El estadístico es un límite superior para la F el cual ofrece un límite inferior para el nivel de significación.

<sup>c</sup>. Diseño: Intersección+FORMR

**Tabla 18:****Pruebas de Levene sobre la homogeneidad de las varianzas de las dimensiones en los grupos de Formación respecto a la Hipnosis.****Contraste de Levene sobre la igualdad de las varianzas error<sup>a</sup>**

	F	gl1	gl2	Significación
MIEDO	,190	2	1974	,827
MEMORIA	3,487	2	1974	,031
AYUDA	7,189	2	1974	,001
CONTROL	1,894	2	1974	,151
COLABORACIÓN	4,992	2	1974	,007
INTERES	,629	2	1974	,533
MAGICO	2,597	2	1974	,075
MARGINAL	6,152	2	1974	,002

Contrasta la hipótesis nula de que la varianza error de la variable dependiente es igual a lo largo de todos los grupos.

<sup>a</sup>. Diseño: Intersección+FORMR

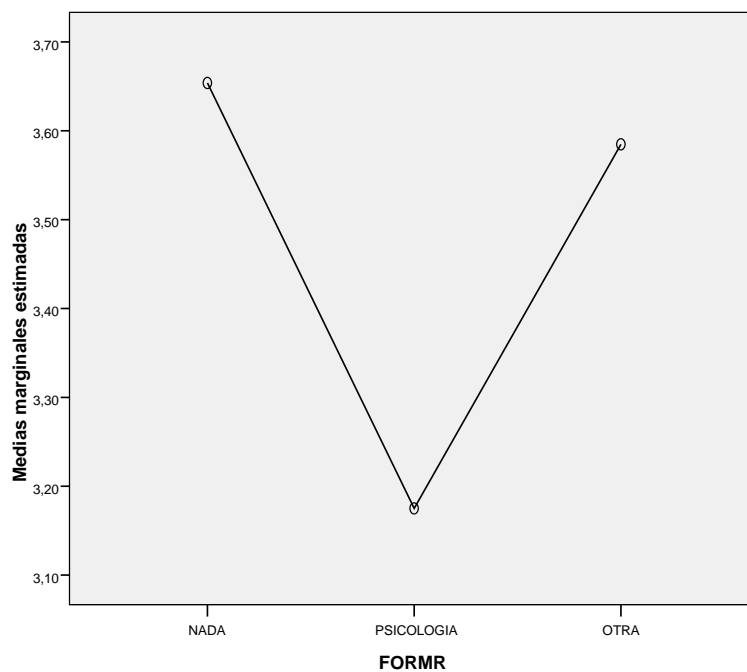
**Tabla 19:****Contrastes univariados de las dimensiones de hipnosis respecto a la Formación del estudiante.****Pruebas de los efectos inter-sujetos**

Fuente	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significación	Eta al cuadrado parcial
Modelo corregido	MIEDO	67,466 <sup>a</sup>	2	33,733	41,579	,000	,040
	MEMORIA	6,870 <sup>b</sup>	2	3,435	6,720	,001	,007
	AYUDA	26,911 <sup>c</sup>	2	13,455	17,331	,000	,017
	CONTROL	19,155 <sup>d</sup>	2	9,578	18,472	,000	,018
	COLABORACIÓN	70,018 <sup>e</sup>	2	35,009	52,174	,000	,050
	INTERES	27,579 <sup>f</sup>	2	13,790	9,594	,000	,010
	MAGICO	44,307 <sup>g</sup>	2	22,153	32,647	,000	,032
	MARGINAL	63,227 <sup>h</sup>	2	31,613	46,057	,000	,045
Intersección	MIEDO	21890,648	1	21890,648	26982,022	,000	,932
	MEMORIA	23373,275	1	23373,275	45727,242	,000	,959
	AYUDA	27810,143	1	27810,143	35820,356	,000	,948
	CONTROL	17477,448	1	17477,448	33707,148	,000	,945
	COLABORACIÓN	34044,433	1	34044,433	50736,558	,000	,963
	INTERES	16219,031	1	16219,031	11284,880	,000	,851
	MAGICO	13348,998	1	13348,998	19672,337	,000	,909
	MARGINAL	19778,253	1	19778,253	28814,804	,000	,936
FORMR	MIEDO	67,466	2	33,733	41,579	,000	,040
	MEMORIA	6,870	2	3,435	6,720	,001	,007
	AYUDA	26,911	2	13,455	17,331	,000	,017
	CONTROL	19,155	2	9,578	18,472	,000	,018
	COLABORACIÓN	70,018	2	35,009	52,174	,000	,050
	INTERES	27,579	2	13,790	9,594	,000	,010
	MAGICO	44,307	2	22,153	32,647	,000	,032
	MARGINAL	63,227	2	31,613	46,057	,000	,045
Error	MIEDO	1601,516	1974	,811			
	MEMORIA	1009,001	1974	,511			
	AYUDA	1532,571	1974	,776			
	CONTROL	1023,536	1974	,519			
	COLABORACIÓN	1324,562	1974	,671			
	INTERES	2837,103	1974	1,437			
	MAGICO	1339,491	1974	,679			
	MARGINAL	1354,938	1974	,686			
Total	MIEDO	26111,750	1977				
	MEMORIA	26668,040	1977				
	AYUDA	31443,520	1977				
	CONTROL	19754,250	1977				
	COLABORACIÓN	38097,667	1977				
	INTERES	20170,563	1977				
	MAGICO	16182,625	1977				
	MARGINAL	23456,000	1977				
Total corregida	MIEDO	1668,982	1976				
	MEMORIA	1015,871	1976				
	AYUDA	1559,481	1976				
	CONTROL	1042,691	1976				
	COLABORACIÓN	1394,580	1976				
	INTERES	2864,682	1976				
	MAGICO	1383,798	1976				
	MARGINAL	1418,165	1976				

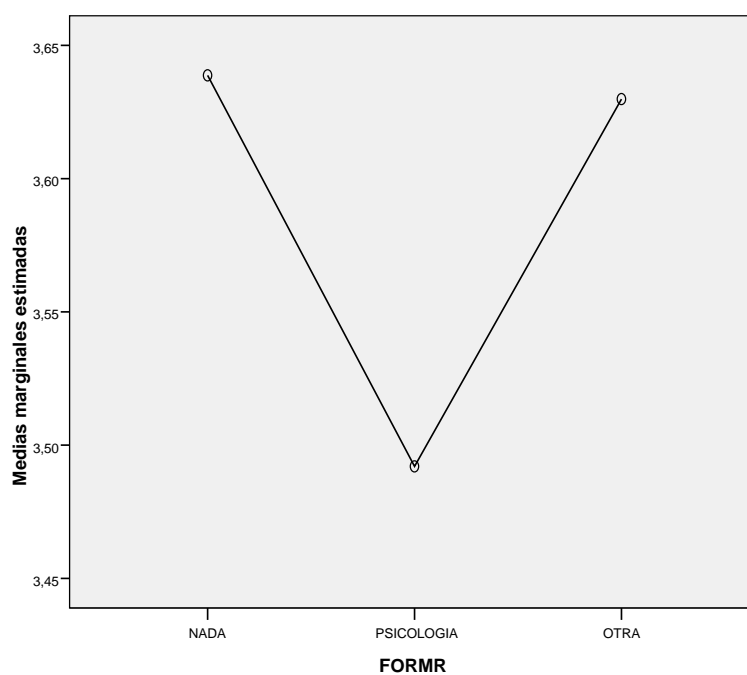
<sup>a</sup>. R cuadrado = ,040 (R cuadrado corregida = ,039)<sup>b</sup>. R cuadrado = ,007 (R cuadrado corregida = ,006)<sup>c</sup>. R cuadrado = ,017 (R cuadrado corregida = ,016)<sup>d</sup>. R cuadrado = ,018 (R cuadrado corregida = ,017)<sup>e</sup>. R cuadrado = ,050 (R cuadrado corregida = ,049)<sup>f</sup>. R cuadrado = ,010 (R cuadrado corregida = ,009)<sup>g</sup>. R cuadrado = ,032 (R cuadrado corregida = ,031)<sup>h</sup>. R cuadrado = ,045 (R cuadrado corregida = ,044)

## Gráficos 10:

Medias marginales estimadas de MIEDO

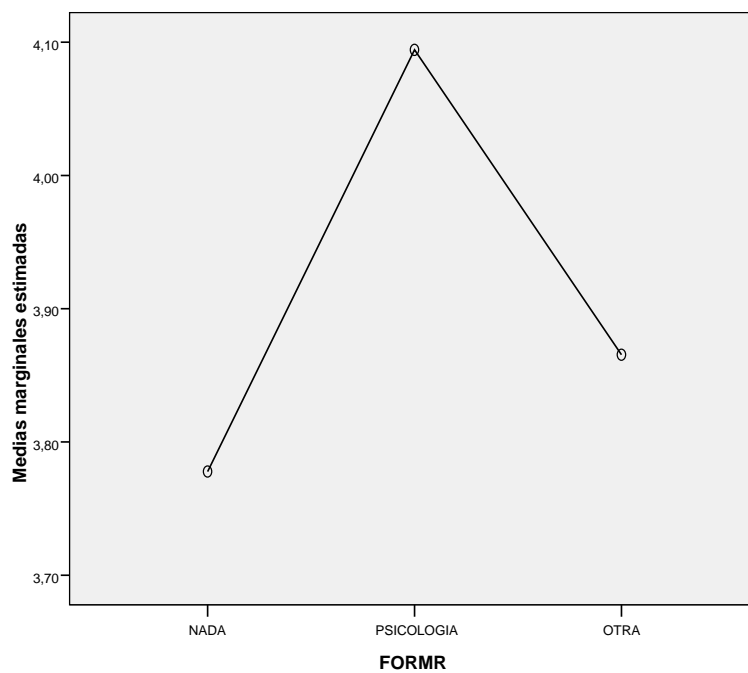


Medias marginales estimadas de MEMORIA

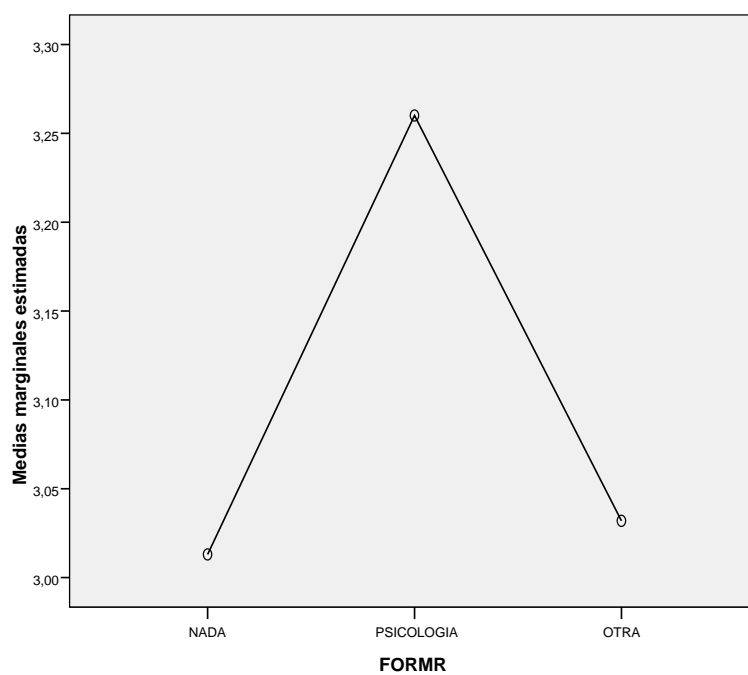


## Gráficos 11:

Medias marginales estimadas de AYUDA

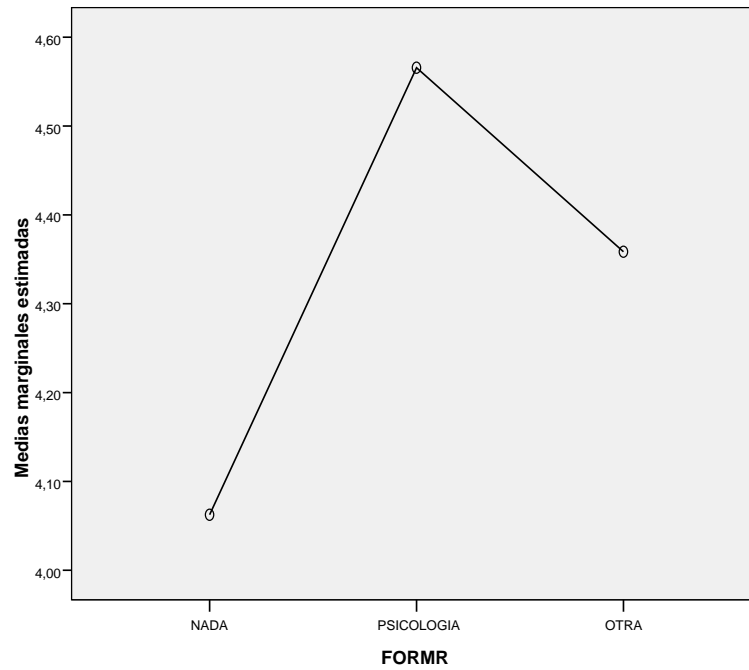


Medias marginales estimadas de CONTROL

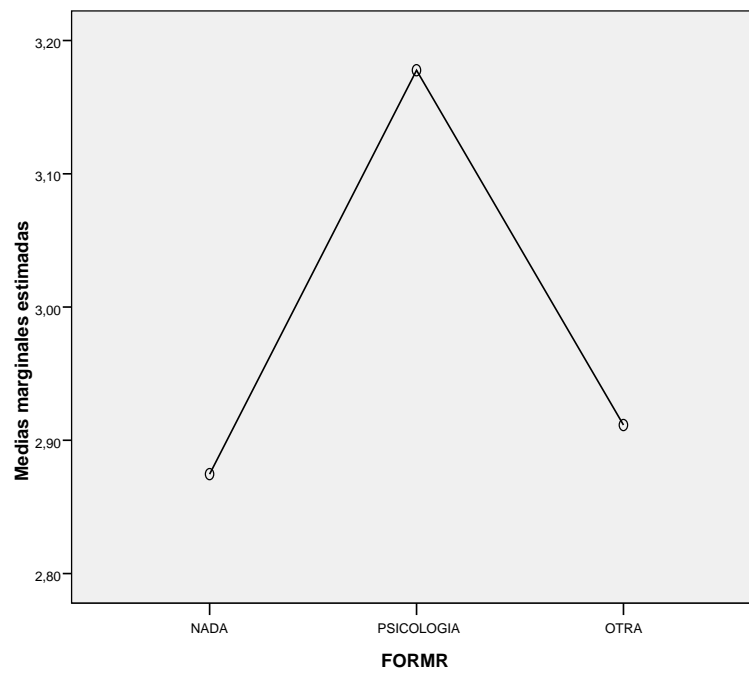


## Gráficos 12:

Medias marginales estimadas de COLABOR

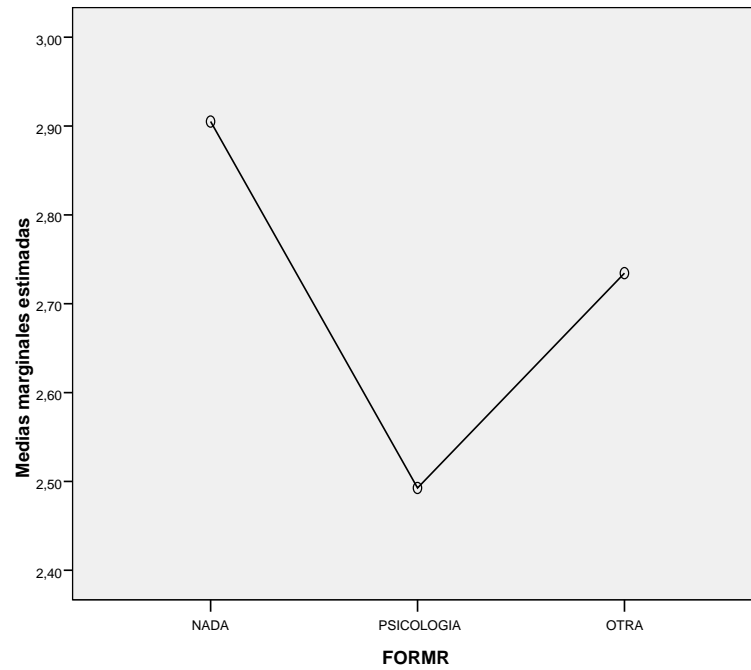


Medias marginales estimadas de INTERES

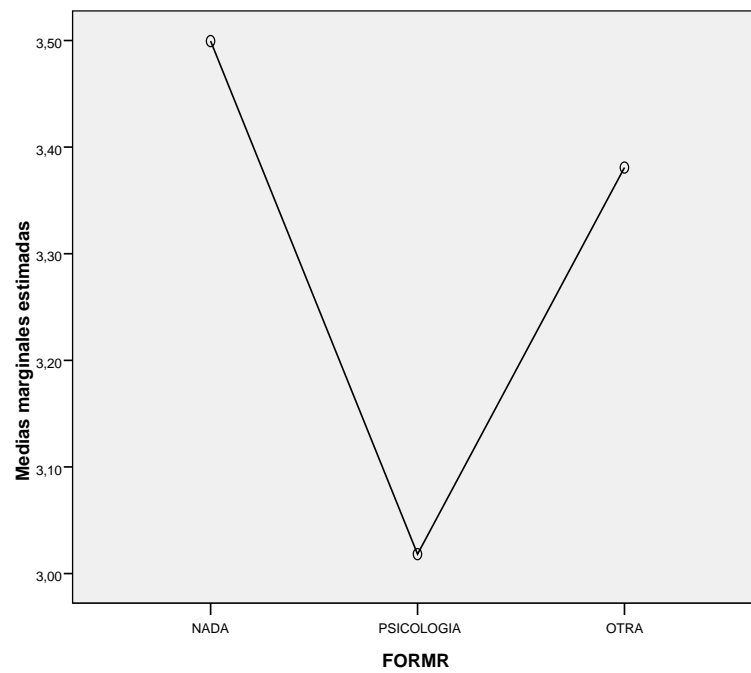


### Gráficos 13:

Medias marginales estimadas de MAGICO



Medias marginales estimadas de MARGINAL



**Tabla 20:****Contrastes multivariados del perfil de dimensiones de hipnosis respecto a los grupos de Hipnosis del estudiante****Contrastes multivariados<sup>c</sup>**

Efecto		Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Significación	Eta al cuadrado parcial
Intersección	Traza de Pillai	,795	954,065 <sup>a</sup>	8,000	1966,000	,000	,795
	Lambda de Wilks	,205	954,065 <sup>a</sup>	8,000	1966,000	,000	,795
	Traza de Hotelling	3,882	954,065 <sup>a</sup>	8,000	1966,000	,000	,795
	Raíz mayor de Roy	3,882	954,065 <sup>a</sup>	8,000	1966,000	,000	,795
GR_HIP	Traza de Pillai	,044	5,563	16,000	3934,000	,000	,022
	Lambda de Wilks	,956	5,613 <sup>a</sup>	16,000	3932,000	,000	,022
	Traza de Hotelling	,046	5,664	16,000	3930,000	,000	,023
	Raíz mayor de Roy	,044	10,861 <sup>b</sup>	8,000	1967,000	,000	,042

<sup>a</sup>. Estadístico exacto<sup>b</sup>. El estadístico es un límite superior para la F el cual ofrece un límite inferior para el nivel de significación.<sup>c</sup>. Diseño: Intersección+GR\_HIP



**Tabla 21:****Pruebas de Levene sobre la homogeneidad de las varianzas de las dimensiones en los grupos de Hipnosis del estudiante****Contraste de Levene sobre la igualdad de las varianzas error<sup>a</sup>**

	F	gl1	gl2	Significación
MIEDO	,303	2	1973	,739
MEMORIA	1,291	2	1973	,275
AYUDA	,097	2	1973	,907
CONTROL	1,979	2	1973	,138
COLABORACIÓN	,450	2	1973	,638
INTERES	2,748	2	1973	,064
MAGICO	1,997	2	1973	,136
MARGINAL	3,071	2	1973	,047

Contrasta la hipótesis nula de que la varianza error de la variable dependiente es igual a lo largo de todos los grupos.

<sup>a</sup>. Diseño: Intersección+GR\_HIP

Tabla 22:

### Contrastes univariados de las dimensiones de hipnosis respecto a los grupos de Hipnosis del estudiante

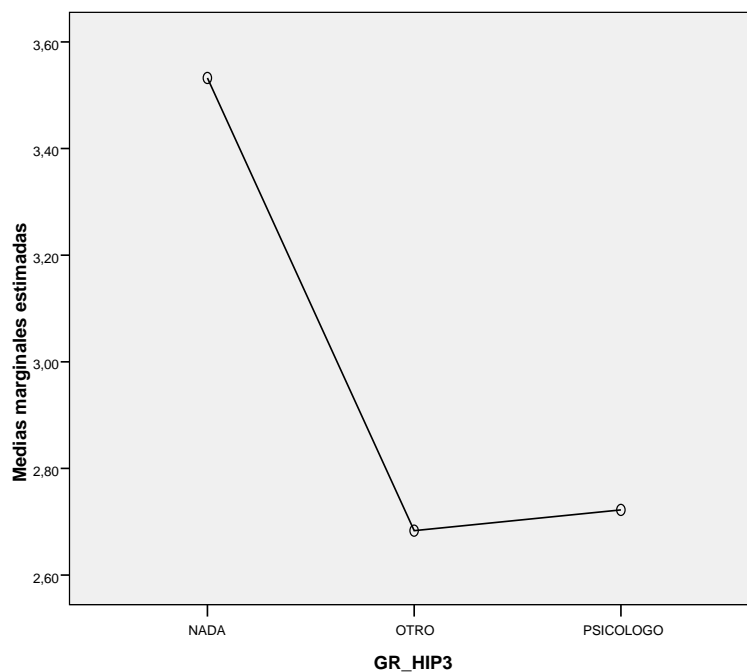
Pruebas de los efectos inter-sujetos

Fuente	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significación	Eta al cuadrado parcial
Modelo corregido	IEDO	27,622 <sup>a</sup>	2	13,811	16,635	,000	,017
	MEMORIA	,619 <sup>b</sup>	2	,310	,603	,548	,001
	AYUDA	23,606 <sup>c</sup>	2	11,803	15,174	,000	,015
	CONTROL	19,281 <sup>d</sup>	2	9,641	18,586	,000	,018
	COLABORACIÓN	6,968 <sup>e</sup>	2	3,484	4,954	,007	,005
	INTERES	55,818 <sup>f</sup>	2	27,909	19,668	,000	,020
	MAGICO	,067 <sup>g</sup>	2	,034	,048	,953	,000
	MARGINAL	9,174 <sup>h</sup>	2	4,587	6,425	,002	,006
Intersección	IEDO	814,059	1	814,059	980,515	,000	,332
	MEMORIA	1237,715	1	1237,715	2408,731	,000	,550
	AYUDA	1752,517	1	1752,517	2253,039	,000	,533
	CONTROL	1132,901	1	1132,901	2184,096	,000	,525
	COLABORACIÓN	1915,555	1	1915,555	2723,852	,000	,580
	INTERES	1263,074	1	1263,074	890,140	,000	,311
	MAGICO	699,174	1	699,174	996,921	,000	,336
	MARGINAL	861,523	1	861,523	1206,759	,000	,380
GR_HIP	IEDO	27,622	2	13,811	16,635	,000	,017
	MEMORIA	,619	2	,310	,603	,548	,001
	AYUDA	23,606	2	11,803	15,174	,000	,015
	CONTROL	19,281	2	9,641	18,586	,000	,018
	COLABORACIÓN	6,968	2	3,484	4,954	,007	,005
	INTERES	55,818	2	27,909	19,668	,000	,020
	MAGICO	,067	2	,034	,048	,953	,000
	MARGINAL	9,174	2	4,587	6,425	,002	,006
Error	IEDO	1638,056	1973	,830			
	MEMORIA	1013,816	1973	,514			
	AYUDA	1534,690	1973	,778			
	CONTROL	1023,404	1973	,519			
	COLABORACIÓN	1387,517	1973	,703			
	INTERES	2799,610	1973	1,419			
	MAGICO	1383,730	1973	,701			
	MARGINAL	1408,553	1973	,714			
Total	IEDO	26083,306	1976				
	MEMORIA	26645,000	1976				
	AYUDA	31435,680	1976				
	CONTROL	19745,250	1976				
	COLABORACIÓN	38081,667	1976				
	INTERES	20134,563	1976				
	MAGICO	16175,063	1976				
	MARGINAL	23440,000	1976				
Total corregida	IEDO	1665,678	1975				
	MEMORIA	1014,435	1975				
	AYUDA	1558,297	1975				
	CONTROL	1042,686	1975				
	COLABORACIÓN	1394,484	1975				
	INTERES	2855,428	1975				
	MAGICO	1383,798	1975				
	MARGINAL	1417,727	1975				

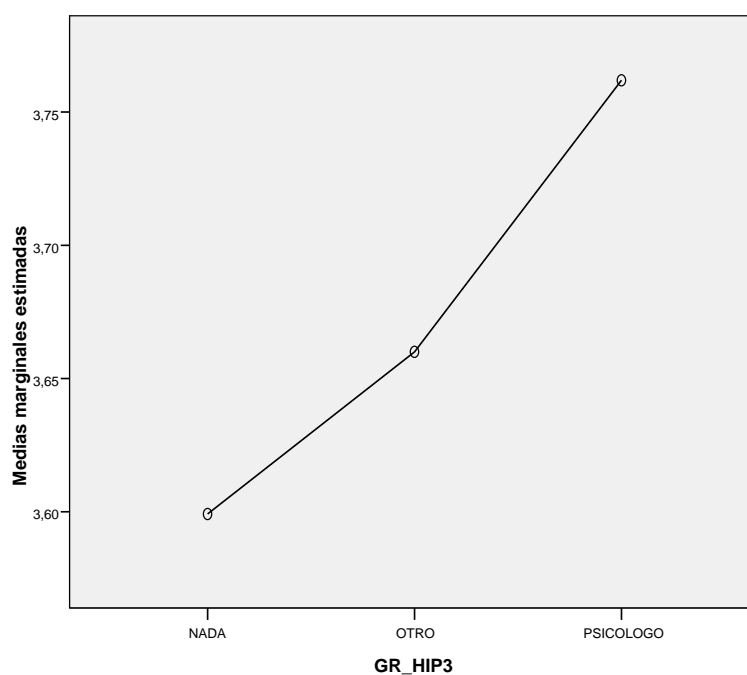
<sup>a</sup>. R cuadrado = ,017 (R cuadrado corregida = ,016)<sup>b</sup>. R cuadrado = ,001 (R cuadrado corregida = ,000)<sup>c</sup>. R cuadrado = ,015 (R cuadrado corregida = ,014)<sup>d</sup>. R cuadrado = ,018 (R cuadrado corregida = ,017)<sup>e</sup>. R cuadrado = ,005 (R cuadrado corregida = ,004)<sup>f</sup>. R cuadrado = ,020 (R cuadrado corregida = ,019)<sup>g</sup>. R cuadrado = ,000 (R cuadrado corregida = -,001)<sup>h</sup>. R cuadrado = ,006 (R cuadrado corregida = ,005)

## Gráficos 14:

Medias marginales estimadas de MIEDO

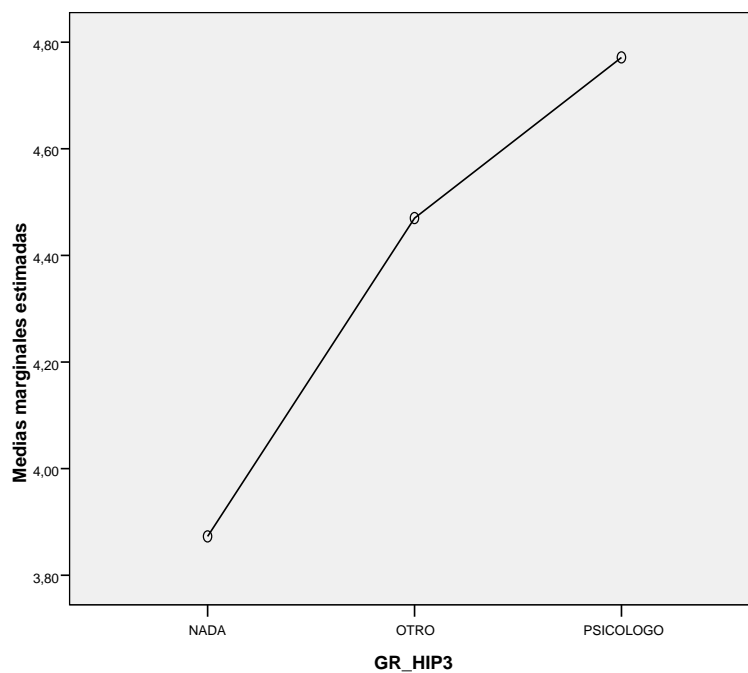


Medias marginales estimadas de MEMORIA

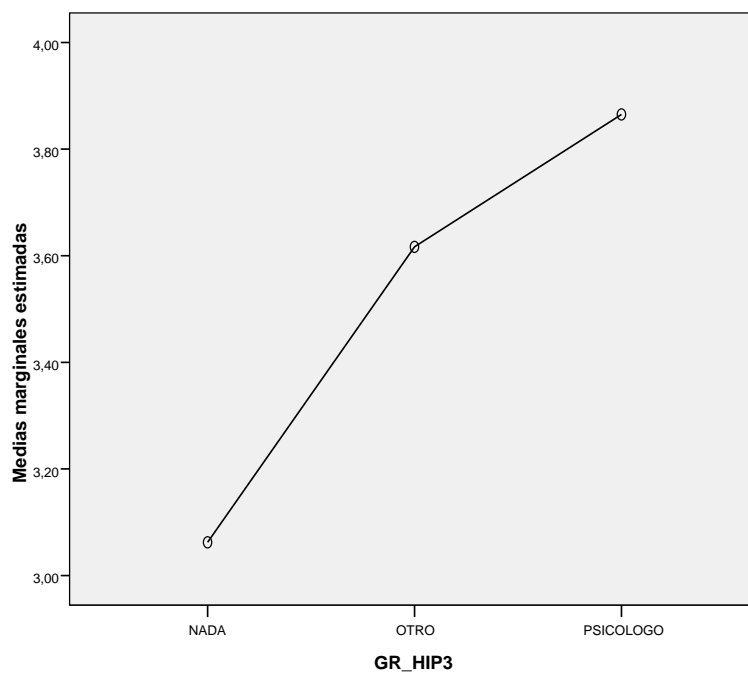


## Gráficos 15:

Medias marginales estimadas de AYUDA

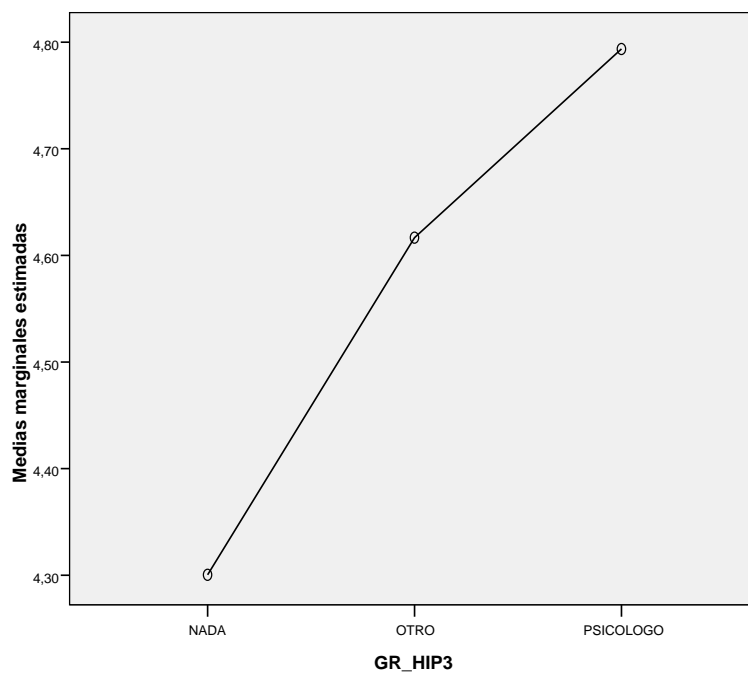


Medias marginales estimadas de CONTROL

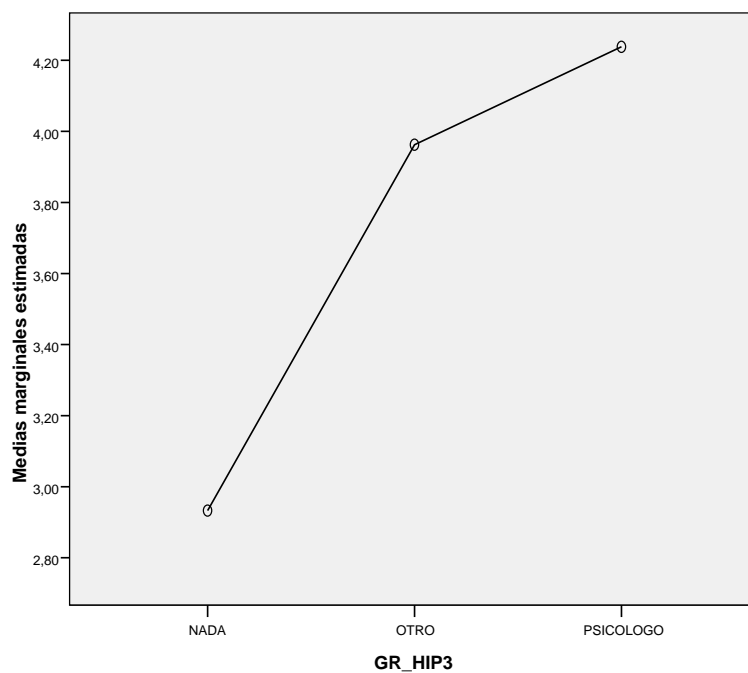


## Gráficos 16:

Medias marginales estimadas de COLABOR

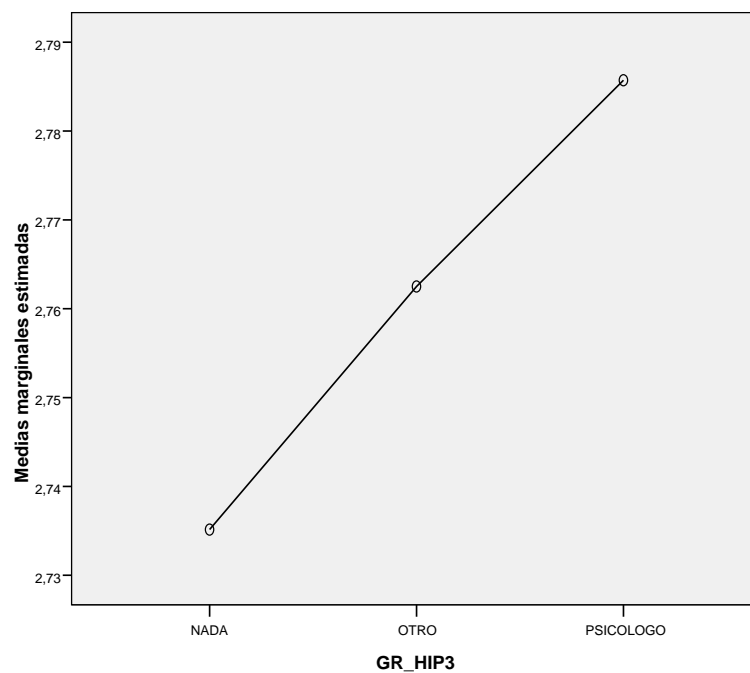


Medias marginales estimadas de INTERES

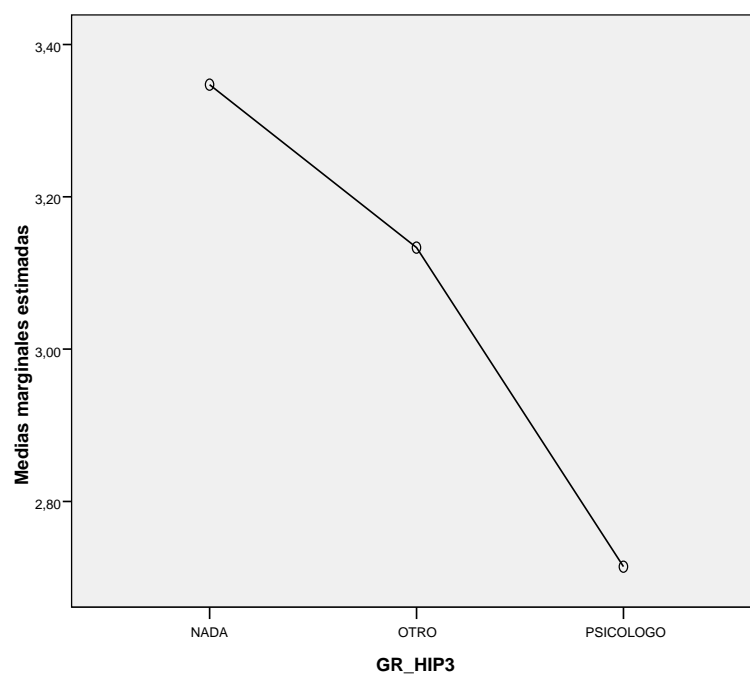


## Gráficos 17:

Medias marginales estimadas de MAGICO



Medias marginales estimadas de MARGINAL



**Tabla 23:****Resumen del modelo**

Dimensión	Alfa de Cronbach	Varianza explicada
		Total (Autovalores)
1	,656	2,348
2	,499	1,776
Total	,866 <sup>a</sup>	4,124

<sup>a</sup>. El Alfa de Cronbach Total está basado en los autovalores totales.

**Varianza explicada**

	Coordenadas de centroide			Total (coordenadas del vector)		
	Dimensión		Media	Dimensión		Total
	1	2		2	1	
MIEDO	,080	,577	,329	,069	,576	,644
MEMORIA	,504	,096	,300	,503	,092	,594
AYUDA	,493	,154	,323	,484	,118	,602
CONTROL	,104	,337	,220	,086	,331	,417
COLABORACIÓN	,158	,101	,129	,154	,094	,248
INTERES	,407	,194	,300	,401	,184	,584
MAGICO	,498	,053	,275	,497	,050	,547
MARGINAL	,161	,335	,248	,155	,332	,487
SEXO <sup>a</sup>	,002	,005	,004			
FORMR <sup>a</sup>	,000	,071	,036			
CURSO <sup>a</sup>	,003	,022	,012			
GR_HIP <sup>a</sup>	,005	,040	,022			
GR_INF <sup>a</sup>	,003	,110	,057			
Total activo	2,404	1,847	2,126	2,348	1,776	4,124

<sup>a</sup>. Variable suplementaria.

## **7. ANEXOS**





**ANEXO 1**

**ESCALA DE VALENCIA DE ACTITUDES Y CREENCIAS HACIA LA  
HIPNOSIS – VERSIÓN CLIENTE REVISADA  
E.V.A.C.H.-C.**

Dr. Antonio Capafons, Dr. Jesús M. Suárez-Rodríguez y M<sup>a</sup> Luisa Selma

Universitat de València (España)

**Todos los datos personales recogidos en esta escala están sometidos al secreto profesional, por lo que no podrán hacerse públicos sin su autorización expresa**

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

**NOMBRE** ..... **APELLIDOS** .....

**PAÍS** ..... **EDAD** .....

**TELÉFONO (opcional)** ..... **CIUDAD** .....

**FECHA**.....

**1. Indique su Estado Civil (rodee lo que proceda):**

1. Soltero/a      2. Casado/a      3. Viudo/a      4. Separado/a o divorciado/a

**2. Indique su sexo:**                      1. Hombre      2. Mujer

**3. ¿Trabaja actualmente?**              1. Sí              2. No

**4. En caso de que sí, indique su trabajo** .....

**5. ¿Ha sido hipnotizado alguna vez?**              1. Sí      2. No

**6. En caso de que sí, ¿por quién o quiénes? (marcar todas las opciones que procedan)**

1. Psicólogo      2. Médico      3. Otros (especificar) .....

7. ¿Ha recibido alguna información acerca de la hipnosis? 1. Sí 2. No

8. En caso de que sí, indique la fuente de la que ha obtenido dicha información (marcar todas las opciones que procedan):

1. Universidad      2. Cursos      3. Lecturas científicas      4. Otro tipo de lecturas  
5. Televisión      6. Otras (indicar cuál) .....

9. Si además es estudiante:

1. Indique la titulación que está cursando .....
2. Indique el curso .....
3. Indique la Universidad donde cursa sus estudios .....
4. Indique el nombre de la población y país en la que cursa sus estudios .....

10. Indique otras titulaciones que posea .....

A continuación encontrará algunas cuestiones que nos ayudarán a conocer su *opinión sobre la hipnosis*. No hace falta que haya pasado por la experiencia sobre la que se le pregunta, solo que *indique lo que considera que podría ocurrir en tales situaciones*. Por favor, indique su grado de acuerdo o desacuerdo con las afirmaciones que se le presentan más abajo, rodeando el número que mejor refleje su opinión, según la siguiente escala:

1. Completamente en desacuerdo
2. Bastante en desacuerdo
3. En desacuerdo
4. De acuerdo
5. Bastante de acuerdo
6. Completamente de acuerdo

**RECUERDE QUE NO HAY RESPUESTAS BUENAS O MALAS,  
ÚNICAMENTE SE TRATA DE CONOCER SU OPINIÓN**

1. La hipnosis puede ser de gran ayuda para otros ..... 1 2 3 4 5 6
2. La hipnosis implica un esfuerzo de cooperación entre el hipnotizador y  
el cliente ..... 1 2 3 4 5 6
3. Se necesita estar en un trance hipnótico para conseguir las metas de la  
intervención ..... 1 2 3 4 5 6
4. La hipnosis me da miedo ..... 1 2 3 4 5 6
5. Bajo hipnosis se consiguen cosas sin ningún esfuerzo por parte de la persona ..... 1 2 3 4 5 6
6. La hipnosis puede ser una solución mágica a los problemas de la persona  
hipnotizada ..... 1 2 3 4 5 6
7. Creo que bajo hipnosis la persona es un autómatas a merced del hipnotizador ..... 1 2 3 4 5 6
8. La hipnosis requiere esfuerzo por parte de la persona hipnotizada ..... 1 2 3 4 5 6
9. La hipnosis es todo lo que se necesitaría para tratar la mayoría de problemas ..... 1 2 3 4 5 6
10. La hipnosis puede ser de gran ayuda para mejorar los efectos de los tratamientos  
a los que se adjunta ..... 1 2 3 4 5 6
11. La persona hipnotizada es pasiva ..... 1 2 3 4 5 6
12. La hipnosis es un complemento o herramienta para ayudar a las terapias  
psicológicas ..... 1 2 3 4 5 6
13. Para hipnotizar a alguien es necesaria su colaboración ..... 1 2 3 4 5 6
14. La persona hipnotizada puede "salir" de hipnosis cuando lo desee ..... 1 2 3 4 5 6

CONTINÚE, POR FAVOR

1. Completamente en desacuerdo
2. Bastante en desacuerdo
3. En desacuerdo
4. De acuerdo
5. Bastante de acuerdo
6. Completamente de acuerdo

15. Bajo hipnosis la persona conserva su voluntad para hacer lo que quiera ..... 1 2 3 4 5 6
16. La hipnosis es una técnica segura, con pocos riesgos ..... 1 2 3 4 5 6
17. La hipnosis fomenta la capacidad de auto-control ..... 1 2 3 4 5 6
18. Tengo miedo de quedarme "enganchado" en un trance hipnótico ..... 1 2 3 4 5 6
19. Creo que bajo hipnosis se puede llegar a perder el control sobre uno mismo ..... 1 2 3 4 5 6
20. Creo que la hipnosis puede resultar peligrosa ..... 1 2 3 4 5 6
21. Todo lo que ocurre bajo hipnosis lo provoca la persona hipnotizada ..... 1 2 3 4 5 6
22. Bajo hipnosis pueden obligar a la persona a hacer cosas que no desee ..... 1 2 3 4 5 6
23. La hipnosis es un facilitador de los resultados terapéuticos ..... 1 2 3 4 5 6
24. Si la persona está en contra de una sugestión puede ignorarla completamente ..... 1 2 3 4 5 6
25. La persona hipnotizada mantiene el control sobre sí misma ..... 1 2 3 4 5 6
26. Me gustaría ser hipnotizado ..... 1 2 3 4 5 6
27. Me dejaría hipnotizar si se diera el caso ..... 1 2 3 4 5 6
28. Me gustaría ser muy hipnotizable ..... 1 2 3 4 5 6
29. Se aprende más deprisa bajo hipnosis ..... 1 2 3 4 5 6
30. Lo que se recuerda bajo hipnosis es la verdad ..... 1 2 3 4 5 6

31. Es imposible mentir bajo hipnosis, aunque la persona hipnotizada lo desee ..... 1 2 3 4 5 6
32. Una forma de confirmar que un suceso ocurrió es que la persona lo recuerde  
bajo hipnosis ..... 1 2 3 4 5 6
33. La hipnosis es un estado de trance ..... 1 2 3 4 5 6
34. La hipnosis se desarrolla al margen de la investigación científica ..... 1 2 3 4 5 6
35. En general, algunas de las características fundamentales de las personas  
muy hipnotizables serían: credulidad, ignorancia y dependencia psicológica ..... 1 2 3 4 5 6
36. La persona hipnotizada se encuentra disociada ..... 1 2 3 4 5 6
37. La hipnosis es un complemento o herramienta para ayudar a las terapias  
médicas ..... 1 2 3 4 5 6

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

**ANEXO 2**

**E.V.A.C.H.-T.**

**(2008)**

**© A. Capafons, B. Espejo y M<sup>a</sup> E. Mendoza<sup>2</sup>**

**Universitat de València (España)**

---

<sup>2</sup> Prohibida su reproducción total o parcial sin autorización expresa del Dr. Antonio Capafons, Universitat de València, España (UE): antonio.capafons@uv.es

Nº de Colegiado (opcional, se solicita por si fuera necesario contactar con Ud.) .....

1. Indique su sexo: 1. Hombre 2. Mujer

2. Indique su edad: .....

3. Indique la provincia donde trabaja .....

4. Indique los estudios realizados:

Licenciatura .....

Doctorado .....

Máster .....

Otros estudios (especificar) .....

5. Indique la fecha de colegiatura: .....

6. Indique su especialización:

1. Clínica/Salud 2. Jurídica 3. Educativa 4. Organizacional.

5. Otras (especificar).....

7. ¿Trabaja actualmente? 1. Sí 2. No

En caso de que sí, indique su trabajo .....

8. ¿Ha sido hipnotizado alguna vez? 1. Sí 2. No

En caso de que sí:

¿para qué? .....

¿por qué tipo de profesional? .....

9. ¿Tiene conocimientos acerca de la hipnosis? 1. Sí 2. No

En caso de que sí, ¿de dónde proceden esos conocimientos? (marcar todas las opciones que procedan):

1. Universidad 2. Cursos 3. Máster 4. Revistas científicas 5. Otro tipo de lecturas

6. Televisión 7. Otras (indicar cuál).....

10. ¿Ha recibido información práctica en hipnosis? 1. Sí 2. No

En caso de que sí, ¿cuántas horas? ..... ¿Dónde? .....

11. ¿Utiliza la hipnosis? 1. Sí 2. No

En caso de que sí:

¿Por qué? .....

¿Para qué? .....

¿Desde cuándo? .....

¿Desde qué perspectiva?

1. Humanista 2. Eriksonniana 3. Psicoanalítica

4. Cognitivo-comportamental 5. Cognitiva 6. Otras (especificar)



12. ¿Pertenece a alguna asociación de hipnosis? 1. Sí 2. No

En caso de que sí, ¿a cuál? .....

13. ¿Conoce la hipnosis *activo-alerta*? 1. Sí 2. No

14. ¿Conoce la hipnosis *despierta*? 1. Sí 2. No

En caso de que sí, ¿cuál?.....

15. ¿Le interesaría recibir más información sobre hipnosis? 1. Sí 2. No

16. ¿Le interesaría recibir más información práctica sobre hipnosis? 1. Sí 2. No

### CONTINÚE, POR FAVOR

A continuación encontrará algunas cuestiones que nos ayudarán a *conocer su opinión* sobre la hipnosis. **No hace falta que haya pasado por la experiencia sobre la que se le pregunta**, solo que *indique lo que considera que podría ocurrir en tales situaciones*. Por favor, indique su grado de acuerdo con las afirmaciones que se le presentan en la página siguiente, rodeando el número que mejor refleje su opinión, según la escala de respuesta que se le presenta.

**RECUERDE QUE NO HAY RESPUESTAS BUENAS O MALAS,  
SOLO SE TRATA DE CONOCER SU OPINIÓN**

<b>1. Completamente en desacuerdo</b>	<b>4. De acuerdo</b>
<b>2. Bastante en desacuerdo</b>	<b>5. Bastante de acuerdo</b>
<b>3. En desacuerdo</b>	<b>6. Completamente de acuerdo</b>

1. La hipnosis puede ser de gran ayuda para mis clientes ..... 1 2 3 4 5 6
2. La hipnosis implica un esfuerzo de cooperación entre hipnotizador y cliente ..... 1 2 3 4 5 6
3. El cliente necesita estar en un trance hipnótico para conseguir las metas de la intervención ..... 1 2 3 4 5 6
4. La hipnosis me da miedo ..... 1 2 3 4 5 6
5. Bajo hipnosis se consiguen cosas sin ningún esfuerzo por parte del cliente ..... 1 2 3 4 5 6
6. La hipnosis puede ser una solución mágica a los problemas de mis clientes ..... 1 2 3 4 5 6
7. Creo que bajo hipnosis la persona es un autómatas a merced del hipnotizador ..... 1 2 3 4 5 6
8. La hipnosis requiere esfuerzo por parte de la persona hipnotizada ..... 1 2 3 4 5 6
9. La hipnosis es todo lo que necesitaría para tratar la mayoría de los problemas de mis clientes ..... 1 2 3 4 5 6
10. La hipnosis puede ser de gran ayuda para mejorar los efectos de los tratamientos a los que se adjunta ..... 1 2 3 4 5 6
11. La persona hipnotizada es pasiva ..... 1 2 3 4 5 6
12. La hipnosis es un complemento o herramienta para ayudar a las terapias psicológicas ... 1 2 3 4 5 6
13. Para hipnotizar a alguien es necesaria su colaboración ..... 1 2 3 4 5 6
14. La persona hipnotizada puede "salir" de hipnosis cuando lo desee ..... 1 2 3 4 5 6
15. Bajo hipnosis la persona conserva su voluntad para hacer lo que quiera ..... 1 2 3 4 5 6
16. La hipnosis es una técnica segura, con pocos riesgos ..... 1 2 3 4 5 6
17. La hipnosis fomenta la capacidad de auto-control ..... 1 2 3 4 5 6
18. Tengo miedo de que un cliente pueda quedarse "enganchado" en un trance hipnótico .... 1 2 3 4 5 6
19. Creo que bajo hipnosis se puede llegar a perder el control sobre uno mismo ..... 1 2 3 4 5 6
20. Creo que la hipnosis puede resultar peligrosa ..... 1 2 3 4 5 6
21. Todo lo que ocurre bajo hipnosis lo provoca el cliente ..... 1 2 3 4 5 6
22. Bajo hipnosis pueden obligar a la persona a hacer cosas que no desee ..... 1 2 3 4 5 6
23. La hipnosis es un facilitador de los resultados terapéuticos ..... 1 2 3 4 5 6
24. Si el cliente está en contra de una sugestión puede ignorarla completamente ..... 1 2 3 4 5 6
25. La persona hipnotizada mantiene el control sobre sí misma ..... 1 2 3 4 5 6
26. Me gustaría ser hipnotizado ..... 1 2 3 4 5 6
27. Me dejaría hipnotizar si se diera el caso ..... 1 2 3 4 5 6
28. Me gustaría ser muy hipnotizable ..... 1 2 3 4 5 6

**CONTINÚE, POR FAVOR**

- |  |             |
|--|-------------|
| 29. Se aprende más deprisa bajo hipnosis .....   | 1 2 3 4 5 6 |
| 30. Lo que se recuerda bajo hipnosis siempre es la verdad .....  | 1 2 3 4 5 6 |
| 31. Es imposible mentir bajo hipnosis, aunque la persona hipnotizada lo desee .....  | 1 2 3 4 5 6 |
| 32. Una forma de confirmar que un suceso ocurrió es que la persona lo recuerde<br>bajo hipnosis .....  | 1 2 3 4 5 6 |
| 33. La hipnosis es un estado de trance .....   | 1 2 3 4 5 6 |
| 34. La hipnosis se desarrolla al margen de la investigación científica .....   | 1 2 3 4 5 6 |
| 35. En general, algunas de las características fundamentales de las personas muy<br>hipnotizables serían: credulidad, ignorancia y dependencia psicológica ..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 36. La persona hipnotizada se encuentra disociada .....  | 1 2 3 4 5 6 |
| 37. La hipnosis es un complemento o herramienta para ayudar a las terapias médicas .....   | 1 2 3 4 5 6 |

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

**ANEXO 3**

**EVCAH-C**

**(Edição Experimental, 2007)<sup>3</sup>**

**Versão portuguesa<sup>4</sup>**

---

<sup>3</sup> ©Unidad de Interacción Psicológica, Universitat de Valencia (Espanha).

<sup>4</sup> ©Da tradução: Claudia Carvalho (ISPA, Lisboa)

Os dados pessoais recolhidos através desta escala estão submetidos a sigilo profissional, pelo que não poderão tornar-se públicos sem a sua autorização expressa

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**

NOME .....  
PAÍS ..... CIDADE .....  
TELEFONE (opcional)..... DATA .....  
IDADE .....

**1. Indique o seu Estado Civil (faça um círculo):**

1. Solteiro/a      2. Casado/a      3. Viúvo/a      4. Separado/a ou divorciado/a

**2. Indique o seu sexo:**

1. Homem      2. Mulher

**3. Trabalha actualmente?**

1. Sim      2. Não

**4. No caso de ter respondido de que sim, indique qual o seu trabalho.....**

**5. Alguma vez foi hipnotizado/a?**      1. Sim      2. Não

**6. No caso de sim, por quem? (marcar todas as opções que correspondam)**

1. Psicólogo      2. Médico      3. Outros (especificar) .....

**7. Recebeu alguma informação sobre hipnose?**

1. Sim      2. Não

**8. No caso de sim, indique a fonte da referida informação (marcar todas as opções que correspondam):**

1. Universidad      2. Cursos      3. Conferências científicas      4. Outro tipo de conferências      5. Televisão  
6. Outras (indicar qual)

**9. No caso de ser estudante:**

1. Indique a formação que está a fazer .....  
2. Indique o curso .....  
3. Indique a Universidade onde está a fazer os seus estudos .....  
4. Indique o nome da cidade e país em que está a fazer os estudos .....

**10. Indique outras formações que possua .....**

Seguidamente encontrará algumas questões que nos ajudarão a conhecer a sua **opinião sobre a hipnose**. Não importa se passou ou não pela experiência acerca da qual é questionado, apenas **indique o que pensa que poderia ocorrer em tais situações**. Por favor indique o seu grau de concordância ou discordância relativamente às afirmações que lhe são apresentadas em baixo, **assinalando o número que melhor reflecte a sua opinião** de acordo com a seguinte escala:

1. **Completamente em desacordo**
2. **Bastante em desacordo**
3. **Em desacordo**
4. **De acordo**
5. **Bastante de acordo**
6. **Completamente de acordo**

**NÃO EXISTEM RESPOSTAS CERTAS NEM ERRADAS  
TRATA-SE UNICAMENTE DE CONHECER A SUA OPINIÃO**

- |  |             |
|--|-------------|
| 1. A hipnose pode ser uma grande ajuda para os outros.....   | 1 2 3 4 5 6 |
| 2. A hipnose implica um esforço de cooperação entre o hipnotizador e o cliente.....                    | 1 2 3 4 5 6 |
| 3. É necessário estar em transe hipnótico para atingir as metas da intervenção.....                    | 1 2 3 4 5 6 |
| 4. A hipnose mete-me medo.....   | 1 2 3 4 5 6 |
| 5. Sob hipnose conseguem-se coisas sem nenhum esforço por parte da pessoa.....                         | 1 2 3 4 5 6 |
| 6. A hipnose pode ser uma solução mágica para os problemas da pessoa<br>hipnotizada.....               | 1 2 3 4 5 6 |
| 7. Acredito que sob hipnose a pessoa é um autómato à mercê do hipnotizador.....                        | 1 2 3 4 5 6 |
| 8. A hipnose requer esforço por parte da pessoa hipnotizada.....                                       | 1 2 3 4 5 6 |
| 9. A hipnose é tudo o que se necessitaria para tratar da maioria dos problemas.....                    | 1 2 3 4 5 6 |
| 10. A hipnose pode ser um complemento de grande ajuda para melhorar os efeitos<br>dos tratamentos..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 11. A pessoa hipnotizada é passiva.....  | 1 2 3 4 5 6 |
| 12. A hipnose é um complemento ou ferramenta para ajudar nas terapias<br>psicológicas.....             | 1 2 3 4 5 6 |
| 13. Para hipnotizar alguém é necessária a sua colaboração.....   | 1 2 3 4 5 6 |
| 14. A pessoa hipnotizada pode “sair” da hipnose quando o desejar.....                                  | 1 2 3 4 5 6 |
| 15. Quando a pessoa está sob hipnose conserva a sua vontade para fazer<br>o que quiser.....            | 1 2 3 4 5 6 |
| 16. A hipnose é uma técnica segura, com poucos riscos.....   | 1 2 3 4 5 6 |
| 17. A hipnose fomenta a capacidade de auto-controlo.....   | 1 2 3 4 5 6 |

**POR FAVOR PROSSIGA**

- 1. Completamente em desacordo**
- 2. Bastante em desacordo**
- 3. Em desacordo**
- 4. De acordo**
- 5. Bastante de acordo**
- 6. Completamente de acordo**

18. Tenho medo de ficar “preso” num transe hipnótico.....	1 2 3 4 5 6
19. Acredito que sob hipnose se pode chegar a perder o controlo sobre si mesmo.....	1 2 3 4 5 6
20. Acredito que a hipnose pode revelar-se perigosa.....	1 2 3 4 5 6
21. Tudo o que acontece sob hipnose é provocado pela pessoa hipnotizada.....	1 2 3 4 5 6
22. Uma vez sob hipnose pode-se obrigar a pessoa a fazer coisas que não deseje.....	1 2 3 4 5 6
23. A hipnose é um facilitador dos resultados terapêuticos.....	1 2 3 4 5 6
24. Se a pessoa é contra uma sugestão pode ignorá-la completamente.....	1 2 3 4 5 6
25. A pessoa hipnotizada mantém o controlo sobre si mesma.....	1 2 3 4 5 6
26. Gostaria de ser hipnotizado(a).....	1 2 3 4 5 6
27. Deixar-me-ia hipnotizar se surgisse a oportunidade.....	1 2 3 4 5 6
28. Gostaria de ser muito hipnotizável.....	1 2 3 4 5 6
29. Aprende-se mais depressa sob hipnose.....	1 2 3 4 5 6
30. O que se recorda sob hipnose é a verdade.....	1 2 3 4 5 6
31. É impossível mentir sob hipnose, ainda que a pessoa hipnotizada o deseje.....	1 2 3 4 5 6
32. Uma forma de confirmar que um sucesso ocorreu é que a pessoa o recorde sob hipnose.....	1 2 3 4 5 6
33. A hipnose é um estado de transe.....	1 2 3 4 5 6
34. A hipnose desenvolve-se à margem da investigação científica.....	1 2 3 4 5 6
35. Na generalidade, algumas das características fundamentais das pessoas muito sugestionáveis seriam: credulidade, ignorância e dependência psicológica .....	1 2 3 4 5 6
36. A pessoa hipnotizada encontra-se dissociada.....	1 2 3 4 5 6
37. A hipnose é um complemento ou uma ferramenta para ajudar nas terapias médicas.....	1 2 3 4 5 6

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**

## **8. RESUMEN EN INGLÉS (ABSTRACT)**





## **TITLE**

Adaptation of the Valencia Scale of Attitudes and Beliefs Toward Hypnosis (Client Version) with a Portuguese Sample.

## **Introduction**

There are several reasons that warrant the empirical study of hypnosis, especially at the university level. On the one hand, hypnosis is a field of study in itself which features great deal of research, and the results have improved the scientific knowledge of Experimental Psychology (Kihlstrom, 2007). In addition, research has shown that hypnosis encompasses a varied and diverse set of suggestive procedures, which although sometimes are effective alone, as in the field of pain (Jensen, 2011), they are especially useful for increasing the effectiveness and / or efficiency of other methods when used as an adjunct in the treatment of many medical and psychological conditions (Capafons & Mendoza, 2010a; Mendoza & Capafons, 2009). This research is focused on hypnosis as a clinical procedure and how to improve its implementation, since, when it is used in the right way, patients can benefit, but its misuse can lead to iatrogenic effects, such as the genesis of false memories (Capafons & Mazzoni, 2005; Mazzoni et al., 2010; Mazzoni et al., 2014). Thus, we know that distorted beliefs toward hypnosis may generate a dangerous use (false memories) of hypnosis, or lead the patients to quit medical-psychological interventions in favor of a "miraculous" hypnosis, with dire consequences for the patients' mental and physical health.

Research has shown that part of the therapeutic success of intervention programs that include hypnosis can be better predicted from the attitudes towards this technique, even more so than from the ability of people to respond to the suggestions of the psychometric scales that assess hypnotic suggestibility (Schoenberger, 2000). For this reason it is very important

to analyze the potential users' beliefs toward hypnosis, so they do not result in an iatrogenic procedure because of distorted beliefs or misconceptions.

Therefore, the Revised Valencia Scale of Attitudes and Beliefs toward Hypnosis-Client Version (VSABH-C) was developed to assess attitudes and beliefs toward hypnosis. Since its elaboration, the VSABH-C has evolved to the current version, which has been adapted and validated in different countries (Capafons, Mendoza et al., 2008), and counts with confirmatory factor studies in three countries: USA (see Green et al., 2012), Spain (see Capafons et al, 2015), and Portugal (current research).

## **Objectives**

The main goal of this research is to implement a confirmatory factor analysis for the Portuguese version of the VSABH-C. The four specific objectives are as follows:

1. To perform confirmatory factor analysis, based on exploratory factor analyses conducted by Carvalho et al. (2007) with Portuguese sample, as well as exploratory and confirmatory factor analyses (CFA) conducted using samples from different countries (Capafons, Mendoza et al., 2008; Capafons et al., 2015; Green et al., 2012).
2. To set the test-retest reliability (temporal stability) of the factor structure, and to confirm the high internal consistency obtained with exploratory and confirmatory methodology in previous research.
3. To analyze the Portuguese students' beliefs toward hypnosis.
4. To examine the influence that having been hypnotized and having knowledge of, and experience with hypnosis has over the attitudes and beliefs toward hypnosis. These two variables have previously shown to be relevant to the Spanish version, using Spanish speaking sample. Finally we will test the influence of personal and contextual

variables (sex, level of the degree and field of study) over the attitudes toward hypnosis.

## **Method**

The VSABH-C was translated into Portuguese by three Portuguese psychologists from the original Spanish version. It was the only instrument used in this study, and it was applied twice (test and re-test) to a total of 1,977 Portuguese students.

## **Results**

Exploratory factor analysis resulted in an 8-factor solution (Fear, Memory/Trance, Help, Control, Collaboration, Interest, Magical Solution, Marginal). Reliability from CFA (pxx ') and internal consistency ( $\alpha$ ) were acceptable, ranging from 0.52 in Control and 0.83 in Interest, with the remaining factores loading above 0.60, except 0.59 in Collaboration. Alpha coefficients show similar levels in the eight dimensions. In this case, the lowest value was found in the Control dimension (0.54), and two dimensions showed a value above 0.75 (Help and Interest). Factor stability is excellent, being in the great majority of cases over 0.90, except for the dimensions Control (0.89) and Interest (0.87).

## **Discussion**

Regarding the first goal, we can say that the factor solution replicates the exploratory factor solutions found in the analyses conducted with multicultural samples. Moreover, it is very similar to the exploratory factorial solution obtained with the scale by Carvalho et al. (2007). We found the same eight factors (Fear, Memory/Trance, Help, Control, Collaboration, Interest, Magical Solution, Marginal), but the clusters of item were slightly different.

Relative to the second objective, the scale reaches satisfactory fits, slightly better than the American sample (see Green et al., 2012) and the Spanish sample (see Capafons et al., 2015). Overall, results indicating the robustness of the scale are replicated as well.

In respect to the third goal, in general, we can say that Portuguese students consider hypnosis as an adjunct technique that can improve the results of psychological and/or medical treatments. They also believe that hypnotized people do not keep the control over their behavior, but at the same time, they believe that cooperation and collaboration are essential factors to benefit from hypnosis. They show little interest in hypnosis, and a negative attitude towards being hypnotized. Finally, there were not clear responses relative to whether hypnosis helps or not to recover past memories, or whether what hypnotized people say is always the truth.

Relative to the last objective, results show differences in sex, education level, and source of information from which they learned about hypnosis. In relation to having been hypnotized our results indicate that being hypnotized produces an impact on beliefs. Relative to the positive dimensions toward hypnosis (Help, Control, Collaboration and Interest), results show that the fact of being hypnotized improves all the scores on these dimensions, being the highest increase in the case of having been hypnotized by a Psychologist.

As attitudes and beliefs toward hypnosis predict therapeutic outcome when hypnosis is inserted in an intervention, it is important to conduct research examining the predictive ability of the VSABH-C in clinical settings, and compare it with other variables such as hypnotic suggestibility, motivation, etc. In this way, it would help practitioners know which patients are more likely to benefit from treatments that include hypnosis. It would also screen which patients need more precise information about hypnosis so that they do not develop iatrogenic effects, and in these cases a previous short intervention can be added to increase

these patients' hypnotic suggestibility and, therefore, to improve treatment performance (Capafons & Mendoza, 2010a; Gfeller & Gorassini, 2010).

Finally, it would be helpful to include both theoretical and practical training in Portuguese universities, as our findings suggest that having a more accurate view toward hypnosis helps to avoid iatrogenic uses of this technique.